Niveau(x) d'enseignement: 7 Numéro EDUQ : 8470304
Centre d'intérêt: 875

Lessard, Louise-M.

Les attentes du domaine affectif dans l'apprentissage des soins infirmiers en milieu clinique pédiatrique / [Louise-M. Lessard ; pour le] Ministère de l'éducation, Direction générale de l'enseignement collégial. -- [Salaberry-de-Valleyfield] : Collège de Valleyfield, 1984.
x, 239 p. ; 28 cm.

Résumé: p. vii-ix. Bibliogr.: p. 236-239.

ISBN 2-550-071-662

Descripteur(s): *Techniques biologiques *Comportement affectif *Pédiatrie *Objectifs de comportement *Evaluation de l'étudiant *Questionnaire *Collégial (Niveau)

Identificateur(s) de sujet: *Techniques infirmières *Objectifs affectifs

L'étude vise à explorer les répercussions d'une planification systématique d'objectifs d'apprentissage dans le domaine affectif sur le rendement d'étudiantes-infirmières en milieu clinique pédiatrique. La problématique prend sa source dans l'absence d'objectifs pédagogiques clairs et précis qui rend l'évaluation des élèves évasive dans le domaine affectif; la solution de cette difficulté exige au départ la planification d'attentes dans le domaine affectif. Afin de planifier ces attentes, on recourt au modèle théorique de déduction-induction qui permet l'élaboration des attentes depuis les buts globaux de l'éducation jusqu'aux tâches particulières qui servent à la mesure des objectifs spécifiques.

L'étude de cas a été réalisée en milieu clinique pédiatrique avec un groupe de quatorze élèves que deux enseignantes supervisaient pour une période de dix-huit jours de stage. Les instruments de recherche suivants ont été utilisés: un répertoire d'objectifs, un questionnaire (reproduit en appendice), un inventaire d'intérêts, l'observation introspective des comportements, l'observation des comportements par les enseignantes et un inventaire d'opinions.

Suite à l'étude, il appert que la planification de ces attentes, bien qu'ardue, demeure réalisable. Quant aux répercussions sur le rendement des élèves, elles sont plus difficiles à cerner. Cependant, ce rendement peut se mesurer; quoique les instruments de mesure utilisés dans cette étude soient élémentaires, il semble possible d'en développer; la pierre d'achoppement n'est pas tant la conception de l'instrument lui-même que son utilisation en milieu clinique.

Type de document: r
Région(s) administrative(s): 062
Financement: Bénéficiaire - Collège de Valleyfield
Organisme(s) source(s) - MEQ-DGEC

FIN

EDUQ 8470304

99-8045

LES ATTENTES DU DOMAINE AFFECTIF DANS L'APPRENTISSAGE DES SOINS INFIRMIERS EN MILIEU CLINIQUE PEDIATRIQUE

Louise-M. Lessard

COLLEGE DE VALLEYFIELD © 1984

EDUQ 8470304

Gouvernement du Québec
Ministère de l'Education
Direction générale
de l'enseignement collégial

LES ATTENTES DU DOMAINE AFFECTIF

DANS L'APPRENTISSAGE DES SOINS INFIRMIERS

EN MILIEU CLINIQUE PEDIATRIQUE

COLLEGE DE VALLEYFIELD

JANVIER 1984

Dépôt légal - Premier trimestre 1984
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-550-071-662

Cette recherche a été réalisée grâce à une subvention accordée par la Direction Générale de l'Enseignement Collégial dans le cadre du Programme de Subvention à l'Innovation Pédagogique.

Il est possible d'obtenir des exemplaires supplémentaires de cette publication au coût de 10,00 $ à la

Direction des Services Pédagogiques
Secteur Vie pédagogique
Collège de Valleyfield
169 Champlain
Valleyfield
J6T 1X6

Tél.: (514) 373-9441

TABLE DES MATIERES

Page

REMERCIEMENTS.....v

LEXIQUE.....vi

SOMMAIRE.....vii

LISTE DES TABLEAUX.....x

INTRODUCTION.....1

CHAPITRE I: PROBLEMATIQUE.....3

Introduction.....3

Genèse de l'étude.....5

Enoncé du problème.....7

But de l'étude.....9

Questions de recherche.....9

Justification de l'étude.....9

PARTIE I: MODELE THEORIQUE ET METHODOLOGIE.....12

CHAPITRE II: MODELE THEORIQUE.....13

Introduction.....13

Le modèle de déduction-induction.....14

Le domaine affectif dans la formation des infirmières.....21

La taxonomie du domaine affectif de Krathwohl.....34

La mesure et l'évaluation à interprétation critériée dans le domaine affectif.....41

Page

CHAPITRE III: METHODOLOGIE.....44

Instruments de recherche.....44

Milieu et échantillon.....48

Déroulement de l'étude.....49

Limites méthodologiques.....49

Analyse des données.....52

PARTIE II: COMPTE-RENDU DE LA DEMARCHE.....53

CHAPITRE IV: PLANIFICATION.....54

L'élaboration des attentes du domaine affectif.....54

CHAPITRE V: REALISATION.....76

Répertoire des objectifs affectifs.....76

Questionnaire.....77

Inventaire d'intérêts.....80

Observation des comportements par les enseignantes.....84

Inventaire d'opinions.....87

CONCLUSION.....91

APPENDICES.....93

A: Valeurs, attitudes, comportements du domaine affectif.....94

B: Répertoire des objectifs affectifs: document de travail.....97

C: Questionnaire.....111

D: Inventaire d'intérêts.....122

E: Observation des comportements par les enseignantes...125

Page

F: Observation introspective.....141

G: Inventaire d'opinions.....149

H: Consultation: phase I.....166

I: Consultation: phase II.....179

J: Répertoire des objectifs généraux et spécifiques du domaine affectif..195

K: Instrument de mesure de la catégorie 2.1: première forme..210

L: Instrument de mesure de la catégorie 2.2: première forme..215

M: Instrument de mesure de la catégorie 2.3: première forme..223

N: Instrument de mesure de la catégorie 3.0: première forme..226

REFERENCES.....230

BIBLIOGRAPHIE.....236

REMERCIEMENTS

L'auteur veut témoigner sa reconnaissance à toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont permis la réalisation de cette étude, plus spécialement à: monsieur Dominique Morissette, Ph. D., professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières, dont les conseils judicieux et suivis ont soutenu la démarche; au Conseiller pédagogique, monsieur Pierre Harrison; aux enseignantes, mesdames Marie-M. Courtemanche et Cécile Laforest et aux étudiantes-infirmières du cours 180-401 du Collège de Valleyfield qui ont participé au déroulement de l'étude.

Des remerciements s'adressent aussi à toutes les enseignantes de techniques infirmières du réseau collégial québécois qui, par leurs commentaires et leurs réponses lors des consultations, ont permis la poursuite de l'étude. Enfin, l'auteur veut remercier le personnel de soutien du Collège dont la célérité et la minutie ont contribué à publier ce rapport.

LEXIQUE

C.E.G.E.P.: Collège d'enseignement général et professionnel

D.G.E.C.: Direction générale de l'enseignement collégial

M.E.Q.: Ministère de l'éducation du Québec

O.I.I.Q.: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

N.B. Afin de ne pas alourdir le texte, le genre féminin a été utilisé; il inclut bien évidemment le masculin.
(exemples: infirmière, enseignante)

SOMMAIRE

Cette étude vise à explorer les répercussions d'une planification systématique d'objectifs du domaine affectif sur le rendement d'étudiantes-infirmières en milieu clinique pédiatrique. La problématique prend sa source dans l'absence d'objectifs pédagogiques clairs et précis qui rend l'évaluation des élèves évasive du moins dans le domaine affectif; la solution de cette difficulté exige donc au départ la planification d'attentes dans le domaine affectif. Pour soutenir cette démarche, un modèle théorique simple et congruent s'impose: le modèle de déduction-induction; ce modèle permet l'élaboration des attentes depuis les buts globaux de l'éducation jusqu'aux tâches particulières qui servent à la mesure des objectifs spécifiques. Différents concepts et éléments alimentent ce cheminement: d'abord, il faut considérer ce que la profession infirmière exige comme compétence professionnelle au niveau des attitudes; une fois ces attitudes précisées, la taxonomie du domaine affectif de Krathwohl précise les objectifs généraux en spécifiant l'ordre d'acquisition des comportements sur un continuum d'intériorisation; puis, la littérature en soins infirmiers et l'expérience d'infirmières enseignantes déterminent les objectifs spécifiques représentés par des comportements indicateurs des attitudes; enfin, la mesure et l'évaluation à interprétation critériée permet la mise au point d'instruments de mesure fondée sur les objectifs, il va sans dire élémentaires

vu la pénurie d'études dans le domaine de la mesure des objectifs affectifs.

Cette étude de cas s'est réalisée en milieu clinique pédiatrique avec un groupe de quinze (15) élèves que deux (2) enseignantes supervisaient pour une période de dix-huit (18) jours de stage. La nature exploratoire de l'étude cède ces données qualitatives sur cette démarche de planification. Les instruments de recherche sont: un répertoire d'objectifs, un questionnaire, un inventaire d'intérêts, l'observation introspective des comportements, l'observation des comportements par les enseignantes et un inventaire d'opinions. Leur planification et leur utilisation ont permis l'énoncé de règles d'action: de façon générale, formuler et mesurer des comportements de type affectif est faisable; de plus, il est recommandable de communiquer les objectifs aux élèves car, en plus de respecter l'éthique, ceux-ci deviennent un modèle symbolique. Le questionnaire et l'inventaire d'intérêts seraient, si on les perfectionnait, des instruments utiles pour mesurer les objectifs définis à la première catégorie de la taxonomie de Krathwohl (réception); en ce qui concerne la deuxième catégorie (réponse), le nombre de comportements à observer gagnerait à être réduit; de plus, l'observation introspective doit se doubler de l'observation des enseignantes dans un contexte formatif; enfin, l'inventaire d'opinions permet des prédictions sur l'atteinte des objectifs relevant de la troisième catégorie de la taxonomie du domaine affectif. Bref, les recommandations suivantes s'avéreraient profitables: garder un répertoire d'objectifs où élèves et enseignantes puisent les objectifs qui conviennent aux situations de stage; de plus, pour favoriser une mesure plus juste, des

simulations ou encore l'observation par échantillonnage de temps seraient des solutions à envisager et à explorer dans de prochaines études.

LISTE DES TABLEAUX

Page

Tableau I: Modèle de déduction-induction.....16

Tableau II: Catégories de la taxonomie du domaine affectif de Krathwohl....36

Tableau III: Moment d'utilisation des instruments de mesure....50

Tableau IV: Moments d'observation des comportements par les enseignantes.....51

Tableau V: Objectifs spécifiques (indicateurs d'attitudes), pourcentage d'accord..58

Tableau VI: Classification avec accord au-delà de 70%; objectifs spécifiques (indicateurs d'attitudes)...60

Tableau VII: Pertinence des objectifs spécifiques (moyenne)....62

Tableau VIII: Score obtenu par chacun des objectifs relativement à leur pertinence...65

Tableau IX: Mesure des objectifs affectifs (exemples).....68

Tableau X: Provenance de la mesure.....69

Tableau XI: Résultats suite à l'administration du questionnaire.....78

Tableau XII: Résultats suite à l'inventaire d'intérêts.....81

Tableau XIII: Données suite à l'interprétation des réponses des élèves pour l'instrument: observation introspective.....82

Tableau XIV: Données cédées par les observations des enseignantes....85

Tableau XV: Résultats suite à l'inventaire d'opinions.....88

INTRODUCTION

D'emblée, le domaine de l'éducation reconnaît la nécessité d'une formation qui permet l'épanouissement des dimensions cognitive, psycho-motrice et affective de l'apprenant. Cette préoccupation, bien qu'exprimée ouvertement, ne se manifeste que très timidement quand il s'agit de planification des apprentissages dans le domaine affectif.

Les soins infirmiers exigent aussi de ses aspirants l'émergence non seulement de connaissances et d'habiletés psycho-motrices mais aussi d'attitudes qui leur permettront d'exercer la profession de leur choix de façon compétente. Or, l'apprentissage de ces attitudes requiert une planification réfléchie dans tous les champs de la formation infirmière, y compris les soins pédiatriques. Des difficultés rencontrées par des enseignantes en soins infirmiers pédiatriques relativement à l'évaluation des attitudes des élèves en milieu clinique ont stimulé l'auteur de la présente étude à explorer les phénomènes qui s'y rapportent à travers une étude de cas: l'apprentissage des comportements du domaine affectif en milieu clinique pédiatrique lorsque les attentes sont planifiées.

Le premier chapitre de l'étude situe la problématique en précisant les éléments qui l'entourent et en en fixant les orientations. Le second chapitre présente le modèle théorique qui permet la

poursuite de l'étude: la planification des attentes du domaine affectif exige un modèle qui sert à la fois à l'élaboration des attentes et à leur articulation; c'est le modèle de déduction-induction. La méthodologie utilisée fait l'objet du troisième chapitre. Enfin, les chapitres quatre et cinq rendent compte des deux étapes essentielles à la réalisation de cette étude: planification et réalisation. Ces deux étapes dégagent des règles d'action qui devraient servir à faire ressortir des processus capables de guider des études ultérieures.

CHAPITRE I

PROBLEMATIQUE

Introduction

Le domaine de l'éducation distingue trois aspects dans la formation de l'élève même si l'on reconnaît d'emblée que l'apprenant est un tout indissociable et articulé: ce sont les aspects cognitif, psycho-moteur, affectif. Comme le souligne Bujold:

> "Le domaine cognitif, on doit le reconnaître occupe une place importante sinon dans les préoccupations des éducateurs, du moins dans leurs occupations, il est l'objet de la majorité des activités d'enseignement. Le domaine psychomoteur, associé aux travaux de laboratoire ou aux exercices en atelier a lui aussi connu une importance assez grande, surtout dans les sciences physiques et dans la formation professionnelle. Le domaine affectif, sans doute le domaine qui intrigue le plus les éducateurs, occupe à toutes fins pratiques, très peu d'importance au niveau des activités scolaires planifiées."[1]

L'enseignement des soins infirmiers est aussi tributaire de cette dernière tendance: en fait foi un rapport d'enseignantes de techniques infirmières qui ont identifié des lacunes dans leur programme d'enseignement dont un enseignement principalement axé sur le savoir et le savoir-faire, négligeant le savoir-être.[2] Le champ d'action des soins infirmiers exige le développement d'habilités dans le domaine affectif, spécialement au niveau de la relation interpersonnelle durant la formation de ses professionnelles: c'est là un point indiscutable. Les soins infirmiers, tels que définis par l'O.I.I.Q.

dans son hypothèse de cadre conceptuel, ne peuvent se passer d'un savoir-être axé sur la relation interpersonnelle; ainsi,

> "Le lieu de rencontre d'une assistance ou recouvrement de l'harmonie dans l'équilibre des tendances se situe au niveau d'une relation interpersonnelle où les personnes concernées interagissent de façon totale avec leurs propres tendances, leur perception de la situation, leurs connaissances, leurs attitudes, leurs habiletés et leur jugement."[3]

Dans son projet Plans d'études cadres du programme expérimental de formation en soins infirmiers au niveau collégial, la Direction des programmes de la D.G.E.C. a développé des objectifs de programme en ce sens. Dans ce même programme, chacun des fils conducteurs devra être exploité à la lumière des domaines cognitif, affectif et "habiletés intellectuelles et motrices."[4]

Le milieu pédiatrique, tout comme les autres champs d'exercice infirmier, requiert de l'infirmière des habiletés et attitudes spécifiques pour entrer en relation avec l'enfant malade dont l'expérience d'hospitalisation représente une crise[5] au sens où Aguilera l'entend. Par ailleurs, la littérature scientifique s'accorde pour souligner l'importance de la valeur affective dans la relation établie par l'infirmière avec l'enfant malade. Petrillo trace un canevas des connaissances requises pour le personnel infirmier oeuvrant avec les enfants malades:

> "... ils doivent connaître les moyens d'aider les enfants à maîtriser le stress de l'hospitalisation et savoir reconnaître ce qui fait l'obstacle à une meilleure santé. D'après notre thèse, un professionnel en pédiatrie doit en connaître autant sur l'esprit que sur le corps."[6]

Klinzing et Klinzing misent sur la qualité des relations interpersonnelles comme moyen de répondre aux besoins affectifs de l'enfant

hospitalisé, ce facteur ayant beaucoup d'influence sur les réactions de l'enfant. Ils affirment:

> "One's ability to care about the child is essential in providing for the emotional care of hospitalized children; communication skills translate caring feelings into caring behavior."[7]

Il est donc péremptoire pour l'élève d'intégrer non seulement la composante instrumentale du rôle de l'infirmière, mais aussi la dimension expressive ou affective[8], aspects fondamentaux de la pratique des soins infirmiers. Il faut que l'élève réussisse, lors de sa formation au C.E.G.E.P., à développer non seulement des habilités cognitives et psycho-motrices, mais aussi des habiletés affectives, si elle veut répondre aux normes et attentes de compétence de sa future profession.[9] Cet aspect de l'apprentissage en soins infirmiers s'inscrit d'ailleurs dans la démarche proposée dans le document Formation professionnelle au Québec, à savoir:

> "... contribuer au développement intégral de la personne; ... assurer le développement qualitatif et quantitatif des compétences pour répondre aux besoins actuels et futurs..."[10]

En examinant les opinions pédagogiques et professionnelles, il appert que l'enseignante a la responsabilité de favoriser l'apprentissage de la dimension affective chez les étudiantes-infirmières; ainsi, une planification systématique des changements affectifs s'impose; et cette planification doit se manifester ouvertement.

Genèse de l'étude

Pendant les quelques années d'enseignement en soins infirmiers pédiatriques, maintes observations ont amené l'auteur à réfléchir sur les comportements des élèves en milieu clinique; le partage de ces

réflexions avec ses compagnes enseignantes témoigne de la difficulté des étudiantes-infirmières à intégrer définitivement les habiletés psychologiques, les attitudes si primordiales lors des expériences cliniques auprès des enfants hospitalisés.

Le savoir-être considéré comme objectif pédagogique semble difficile à atteindre ou encore représente des expériences isolées. Des remarques du type: "C'est atteint mais pas en profondeur", "Il leur manque de l'aisance, de la spontanéité", "Un jour ça va, l'autre pas" sont courantes lors d'échanges entre les enseignantes après les stages en milieu clinique. Pourtant des objectifs de niveau affectif sont énoncés dans le cahier de l'enseignement collégial et dans le plan de cours; de plus, des cours théoriques privilégient cet aspect du développement. Sur le plan théorique, cet aspect de l'apprentissage semble intégré puisqu'à l'examen les élèves réussissent les questions posées en ce sens. Il n'en demeure pas moins que plusieurs élèves éprouvent de la difficulté à mettre en pratique les valeurs et comportements d'ordre affectif lors des expériences cliniques, pierre angulaire de la formation. Cette difficulté manifestée en milieu clinique devient plus évidente quand les enseignantes tentent d'évaluer ces comportements tels qu'on les retrouve dans la grille d'évaluation clinique existante.

D'une part, les enseignantes en soins infirmiers pédiatriques du Collège sont préoccupées et depuis longtemps par les attitudes manifestées par les élèves. D'autre part, elles s'interrogent sur leurs interventions et sur les répercussions de celles-ci: comment faire pour amener l'élève à épouser ces valeurs, à dépasser l'exigence

pédagogique en milieu clinique. Plusieurs questions se posent: "Que faisons-nous ou qu'est-ce qu'on ne fait pas?", "Pourquoi l'élève est-elle plus centrée sur les habiletés cognitives et psycho-motrices?", "Comment l'enseignante en milieu clinique dirige-t-elle l'application et l'utilisation de ses connaissances théoriques sur la psychologie de l'enfant?", "Quelles valeurs sont privilégiées dans le milieu clinique, lieu d'apprentissage?".

D'où l'émergence du besoin d'étudier l'impact des interventions pédagogiques en milieu clinique sur le développement des comportements de type affectif. C'était là, la substance du projet présenté initialement.

Au contact des personnes-ressources et à la lumière des écrits consultés, le sujet de l'étude s'est développé et précisé car comment étudier les répercussions des interventions pédagogiques si leur champ est vague, non défini. Une révision du processus de planification s'imposait: avant d'examiner les interventions pédagogiques et leurs effets, il fallait préciser les attentes, les objectifs.

Enoncé du problème

Après consultation, il apparaît que le constat d'échec observé à chaque session repose sur des critères plutôt larges et imprécis; l'évaluation des comportements de type affectif des élèves est globale, évasive, de sorte qu'elle ne peut être ni documentée, ni éclairante pour une prise de décision. Les jalons n'étant pas clairs, une certaine confusion règne dans les attentes des enseignantes et dans la perception qu'en ont les élèves. Si ces dernières ne savent au

juste ce qu'on attend d'elles (que veut dire en effet être chaleureux, être à l'écoute), les premières n'ont pas de jalons pour guider les élèves et commander leurs interventions; par le fait même, les enseignantes en viennent probablement à délaisser l'aspect affectif et concentrent leurs efforts sur les objectifs de savoir et savoir-faire qui, eux, sont explicites. D'où un inévitable malaise à savoir que, si d'une part on a des attentes implicites relatives à l'apprentissage de l'élève dans le domaine affectif, d'autre part ces attentes sont vouées à la déception étant donné qu'elles ne sont révélées et explicitées ni pour l'enseignante ni pour l'élève.

L'écart est grand entre le vécu actuel et la situation idéale où les objectifs sont définis, où leur mesure et leur évaluation sont spécifiées, où les interventions pédagogiques ne sont plus qu'affaire de choix, où l'apprentissage souhaité n'est pas seulement ponctuel et informel mais assez structuré, formel et homogène pour que les attitudes atteignent un niveau minimal de stabilité ou d'intériorisation.

Ainsi circonscrite, la problématique appelle des solutions où les diverses composantes pédagogiques se structureront graduellement. Dans la présente démarche, une première étape sera franchie; il s'agit en l'occurrence de l'élaboration d'objectifs où les comportements opérationnalisés réfléteront les attitudes privilégiées dans l'exercice infirmier plus spécifiquement auprès des enfants hospitalisés. Or, cette opération nécessite la mise au point, notamment, d'un modèle opérationnel qui respecte un ordre, une progression des acquisitions des objectifs d'apprentissage; ce modèle doit être à la

fois assez rigoureux pour répondre aux exigences du domaine affectif et assez compréhensible pour que les enseignantes puissent l'appliquer dans diverses situations.

But de l'étude

Le but de la présente étude est d'abord de définir un champ précis d'objectifs du domaine affectif, puis d'explorer les répercussions de cette définition sur le rendement scolaire des étudiantes-infirmières en milieu clinique pédiatrique. Par ailleurs, cette définition et cette utilisation des objectifs affectifs doivent demeurer à l'intérieur des pratiques pédagogiques actuelles, c'est-à-dire sans changer l'ensemble des pratiques lors des interventions pédagogiques formelles.

Questions de recherche

A partir de ce but, l'auteur espère répondre aux questions de recherche suivantes:

1) quels sont les objectifs du domaine affectif qui doivent être privilégiés dans les programmes pour le milieu clinique pédiatrique?

2) comment peut-on mesurer l'atteinte des objectifs du domaine affectif en milieu clinique?

3) quels objectifs du domaine affectif sont atteints lors des stages en milieu clinique?

Justification de l'étude

Jusqu'ici, la majorité des études réalisées dans le domaine

pédagogique concerne les aspects cognitif et psycho-moteur de l'apprentissage. Pourtant d'aucuns reconnaissent d'emblée que les aspects cognitif, psycho-moteur et affectif sont indissociables.

Même si les enseignantes en soins infirmiers se sont toujours préoccupées de l'aspect affectif des soins dispensés par les élèves, on ne retrouve pas d'études s'intéressant aux attentes des enseignantes dans le domaine affectif, aux mécanismes sous-jacents à l'organisation des activités d'apprentissage dans ce domaine; hormis une étude de Bujold qui a examiné les effets produits sur le rendement par la communication d'objectifs affectifs exprimés sous forme de comportements observables pour des étudiantes-infirmières en milieu psychiatrique.[11] Des chercheurs dont Morissette tentent des percées au niveau de l'apprentissage dans le domaine affectif par exemple en animation pastorale[12] où la composante affective prédomine. Bref, la quasi-absence d'études systématiques portant sur l'apprentissage dans le domaine affectif justifie la démarche actuelle telle que proposée. Ainsi, avant d'élaborer un modèle d'interventions dans le domaine affectif, il faut développer des objectifs qui tiennent compte d'un processus d'intégration des objectifs d'ordre affectif; ce sera là la préoccupation essentielle de l'étude, d'autant plus que

> "... la définition d'objectifs doit être considérée comme partie essentielle d'un système d'enseignement (un tout ordonné qui a pour but un changement planifié dans les comportements et attitudes d'une population étudiante donnée)."[13]

Après avoir insisté sur les conditions qui ont provoqué l'étude présente, l'auteur traitera, dans la prochaine partie, d'abord des

composantes qui ont contribué à échafauder le modèle théorique à la base de la démarche actuelle et en second lieu de la méthodologie utilisée pour poursuivre cette même démarche.

PARTIE I

MODELE THEORIQUE

ET

METHODOLOGIE

CHAPITRE II

MODELE THEORIQUE

Introduction

Le modèle théorique sous-jacent à la démarche proposée par l'étude comporte deux volets: le premier guide le processus tandis que le deuxième en spécifie les composantes. Ainsi, afin de réaliser l'étape capitale de clarification des objectifs affectifs à poursuivre dans le milieu clinique pédiatrique, un modèle de déduction-induction sera d'abord présenté; ce modèle théorique permet 1) d'élaborer des objectifs pédagogiques spécifiques en tenant compte de différents niveaux d'abstraction et 2) d'articuler différents concepts autour d'attentes précisées en quatre étapes selon un processus de déduction-induction systématique. Le deuxième volet concerne les différents concepts greffés au modèle de déduction-induction; ceux-ci méritent un examen minutieux. Ainsi, les attentes particulières à l'apprentissage de comportements du domaine affectif en soins infirmiers pédiatriques seront précisées dans un deuxième point. En troisième lieu, la taxonomie du domaine affectif proposée par Krathwohl sera examinée à travers le soutien méthodologique qu'elle offre dans l'élaboration d'objectifs pédagogiques reliés au domaine affectif. Enfin, la mesure et l'évaluation à interprétation critériée dans le domaine affectif feront l'objet du quatrième point.

Le modèle de déduction-induction

"Comment exercer une action suivie et concertée si nous ne savons pas clairement quels sont les objectifs que nous poursuivons."[14] Telle devient la préoccupation essentielle de la présente étude, d'autant plus que, comme le mentionne Girard

> "... la définition d'objectifs doit être considérée comme partie essentielle d'un système d'enseignement (un tout ordonné qui a pour but un changement planifié dans les comportements et attitudes d'une population étudiante donnée)."[15]

Afin de réaliser cette étape capitale de définition des objectifs, un modèle de déduction-induction a été retenu. Ce modèle permet de préciser les attentes relatives à l'apprentissage en tenant compte de différents niveaux d'abstraction et en articulant différents concepts autour d'un processus de déduction-induction systématique.[16]

Ce modèle délimite un processus de spécification des objectifs pédagogiques allant du plus général au plus spécifique. Les catégories de ce modèle "sont basées essentiellement sur le degré de spécificité ou de précision des objectifs."[17] Le premier niveau (niveau A) inclut les objectifs les plus globaux tandis que le quatrième niveau (niveau D) regroupe les objectifs les plus détaillés, les plus spécifiques. Entre ces deux niveaux extrêmes se retrouvent deux catégories (niveaux B et C). L'opération de spécification se fait par déduction à partir d'une attente globale (attentes du niveau A); de ces attentes exprimées dérivent des objectifs généraux (niveau B) qui serviront d'infra-structure à l'élaboration d'objectifs spécifiques

(niveau C); quant à ces derniers, ils déterminent des attentes absolument précises (niveau D) que l'élève doit réaliser pour démontrer leur atteinte.

Le processus d'induction a pour point de départ les attentes spécifiées au niveau D; si l'élève réussit les tâches prévues à ce niveau, c'est qu'il maîtrise en tout ou en partie une attente, un objectif appartenant au niveau C; de même, si on reconnaît à l'élève l'acquisition des objectifs de niveau C, on peut inférer qu'il a atteint un objectif plus général du niveau B; enfin, une maîtrise des objectifs généraux suppose la réalisation au moins partielle des attentes globales énoncées au niveau A.

Le tableau I à la page 16 présente la schématisation du modèle de déduction-induction avec ses quatre niveaux d'attentes.

Niveau A

"Les objectifs du niveau A sont à ce point abstraits ou globaux qu'ils s'apparentent plutôt à des buts de l'éducation qu'à des objectifs pédagogiques ou d'enseignement."[18] Ces objectifs ne se réalisent pas de façon ponctuelle et sont l'aboutissement d'apprentissages cumulatifs, progressifs, échelonnés dans le temps. Ils sont inclusifs et "servent de guide en fixant l'orientation générale du développement des programmes et de la planification des apprentissages."[19] Le degré de généralité des attentes de ce niveau est tel qu'on les retrouve dans les politiques globales émises par le Ministère de l'Education par exemple. Les verbes utilisés généralement pour énoncer ces attentes sont par exemple: devenir, former, sensibiliser, développer. En raison du caractère général de ces attentes, les interprétations sont nombreuses et obligent à la

Tableau I

Modèle de déduction-induction (note)

Niveau A : buts de l'éducation
objectifs globaux

Niveau B : objectifs généraux déterminés par les différentes taxonomies

Niveau C : objectifs spécifiques (terminaux ou intermédiaires)

Niveau D : tâches particulières ou items d'examen

Note

Le modèle de déduction-induction proposé par Stanley Deno et Joseph R. Jenkins a été traduit et adapté par Dominique Morissette dans l'article "Un modèle pour les objectifs pédagogiques" Mesure et évaluation en éducation, vol. 5 no. 4 (sept. 82): 120-128.

circonspection.

Niveau B

Les objectifs du niveau B guident l'enseignement et l'apprentissage en précisant les habiletés mentales ou les attitudes requises pour la réalisation d'objectifs plus spécifiques. A ce niveau-ci, on retrouve les objectifs tels que les classifient les différentes taxonomies; ils sont encore d'ordre général; l'objectif est alors une "communication d'intention traduite par un verbe pouvant se prêter à des interprétations multiples."[20] Dans le domaine cognitif, on retrouverait les verbes correspondant à la taxonomie du domaine cognitif de Bloom: connaître, comprendre, appliquer, analyser, synthétiser, évaluer. Dans un contexte affectif, la taxonomie développée par Krathwohl prescrit les objectifs à poursuivre: recevoir, répondre, valoriser, organiser, caractériser. Comme le précise Morissette, ces objectifs servent de lien entre le niveau A et le niveau C; en plus d'avoir la vertu de faciliter la communication entre les gens, ils sont le produit d'un premier effort de formulation des objectifs souhaités. Les verbes utilisés à ce niveau pour la formulation des objectifs ne permettent pas une observation directe ou encore une mesure directe.[21]

Niveau C

Au niveau C, les objectifs doivent refléter l'opérationnalisation des objectifs du niveau précédent. Les manifestations souhaitées doivent correspondre aux habilités souhaitées au niveau B.[22]

> "Les objectifs du niveau "C" présentent chacun non pas une (sic) tâche, mais un ensemble des tâches ou mieux une capacité spécifique attendue de la part de l'élève... les verbes du

> niveau "C" désignent des comportements voilés, c'est-à-dire des comportements qu'on ne peut mesurer qu'en induisant leur existence à partir de tâches plus concrètes réalisées par les élèves."[23]

Etant donné la nature voilée des comportements on induit plutôt qu'on observe directement.

Par ailleurs, Girard place les objectifs spécifiques à ce niveau en précisant ce qu'est un objectif spécifique.

> "... communication d'intention décrivant le comportement attendu de l'étudiant à la suite d'une activité d'apprentissage. Cet objectif doit être communicable et mesurable."[24]

Dans un contexte de planification de l'enseignement et de l'apprentissage, c'est justement après la formulation des objectifs spécifiques du niveau C que vient s'inscrire la planification des activités d'apprentissage. Cet aspect est ignoré dans l'étude présente car à lui seul il exigerait une étude approfondie de plusieurs variables et de plusieurs théories dont, par exemple, celle se rapportant au jugement moral.

Niveau D

Les attentes formulées au niveau D sont à ce point spécifiques qu'elles prennent l'allure de tâches particulières; elles sont généralement exigées lors d'examens dont le but est de mesurer l'atteinte des objectifs spécifiques.[25] A proprement parler, ce ne sont donc plus des objectifs.[26] Par ailleurs, à partir des tâches réussies par une élève, on peut induire qu'elle a réalisé l'objectif correspondant du niveau C; s'il est reconnu que l'objectif spécifique de niveau C est atteint, on peut passer à une autre induction à savoir que telle aptitude mentale ou que telle attitude présentée dans un

énoncé du niveau B semble acquise; cette acquisition au niveau B est le tremplin pour la réalisation des buts de l'éducation émis au niveau A. Ce processus d'induction ne peut s'opérer que si les tâches définies au niveau D sont pertinentes à l'énoncé de l'objectif correspondant du niveau C et que si le processus de déduction a été rigoureusement appliqué.[27]

Ces opérations introduisent une notion fondamentale, la congruence que Morissette décrit ainsi:

> "... la convenance ou l'accord logique qu'il y a entre une tâche d'examen présentée au niveau "D" et son objectif correspondant du niveau "C". Et c'est cette définition restrictive de la congruence qui rejoint le concept de validité de contenu ou validation interne."[28]

Morissette présente quatre façons d'établir la congruence; deux seront décrites. Le premier processus de validation interne par la déduction permet de vérifier si les objectifs spécifiques présentent adéquatement les comportements relatifs aux habiletés souhaitées comme résultat d'apprentissage et si les questions d'examens sont vraiment des échantillons représentatifs de tous les comportements exprimés dans les objectifs spécifiques.[29] Le deuxième processus se fait par induction: on vérifie 1) si l'item présent dans l'examen permet d'affirmer qu'il y a maîtrise de l'objectif correspondant et 2) si l'ensemble des comportements (objectif spécifique) permet de croire que l'objectif général correspondant est entièrement couvert.[30]

Voilà l'essence du modèle théorique qui jalonne la démarche de spécification des attentes. Cette clarification des objectifs se fait à travers l'exploration de concepts qui trouvent leur place à chacun des niveaux du modèle de déduction-induction. La section

suivante appuiera sur la notion qui est au coeur de la présente étude: la dimension affective, mais définie dans un contexte restreint à savoir la formation des infirmières.

Le domaine affectif
dans la formation des infirmières

Le domaine affectif

La dimension affective telle que conceptualisée dans la présente étude se réfère au domaine des attitudes qui, il va sans dire, sont elles-mêmes dirigées par un système de valeurs et d'autres composantes. Selon les auteurs consultés, le domaine affectif est interprété différemment; mais le point de ralliement gravite autour des attitudes. Ainsi, pour Eiss et Harbeck, les valeurs, les intérêts et les attitudes constituent le domaine affectif;[31] la plupart des définitions inventoriées par Bujold circonscrivent le domaine affectif autour des attitudes.[32]

Définition

Au lieu de faire un inventaire exhaustif des différentes définitions du terme attitudes, quelques définitions seulement seront retenues. Wittig les définit ainsi: "... réactions apprises et impliquant un jugement de valeur à l'égard d'objets, d'évènements ou de stimuli quelconques."[33]

Pour sa part, Rokeach précise que l'attitude est "... a relatively enduring organization of beliefs around an object or situation predisposing one to respond in some preferential manner."[34] Quant à Rainville, il écrit:

> "L'attitude ne peut être imposée du dehors; elle est le résultat d'un dynamisme interne se transposant dans le comportement, dans la gestuelle physique, dans l'opinion individuelle... L'attitude s'apparente donc beaucoup au comportement avec qui elle a des ramifications certaines."[35]

Composantes

L'attitude est une réaction apprise composée des variables cognitive, affective et comportementale.[36] La composante cognitive se caractérise par des croyances, des perceptions qu'un individu entretient à l'égard d'un stimulus donné. Ce stimulus quel qu'il soit provoque une émotion, une réaction émotionnelle positive ou négative, c'est la composante affective. Enfin la composante comportementale ou "conative" est l'agir qui résulte d'une volonté, d'une tension vers un but;[37] dans une situation donnée, un choix s'opère dans l'adoption d'un comportement et ce choix est gouverné par cette variable "conative" qui peut même servir à la prédiction de comportements; ce comportement peut être une habitude de faire ou encore des opinions qui manifestent une attitude déterminée. Les attitudes sont donc gérées par ces trois composantes - cognitive, affective et comportementale - qui se combinent pour produire une réaction globale vis-à-vis un stimulus.[38]

Le développement des attitudes

Nombreuses sont les approches qui tentent d'expliquer le développement des attitudes. Sans faire état de ces approches, seront soulignées les différentes orientations qui, si on développait les activités d'apprentissage, pourraient déterminer des stratégies distinctes d'interventions; pour n'en mentionner que quelques unes: les approches relatives au behaviorisme social avancées par Staats et Bandura, celles connexes à la motivation de réduire les incongruences telles que proposées par Festinger et sa théorie de la dissonance cognitive.

Le postulat de base étant que les attitudes sont des réactions

apprises[39], chacune de ces approches propose un modèle d'interventions pour modifier les attitudes au sens large du terme. Ainsi donc, la formation d'attitudes commande des stratégies d'interventions particulières, exige des activités d'apprentissage fondées sur un cadre théorique cohérent.

Or, la présente étude se limitant à la planification des objectifs et à leur mesure, en conséquence les activités d'apprentissage ne feront pas l'objet d'un approfondissement qui serait pourtant nécessaire si on s'intéressait aux activités d'apprentissage dans une étude future.

Sans apporter d'explications sur les mécanismes d'apprentissage des attitudes, Krathwohl, collaborateur de Bloom, propose un modèle descriptif de classification où les catégories définies peuvent impliquer différents phénomènes relatifs au domaine affectif. L'élément fondamental, le fil conducteur de ces catégories, c'est le concept d'intériorisation;[40] cet aspect sera expliqué ultérieurement.

Le contenu particulier des attitudes en soins infirmiers

Le contenu des attitudes auxquelles la présente étude s'intéresse a été déterminé à partir des données sur la relation interpersonnelle, activité au coeur de l'exercice infirmier. Pour réaliser cette étape, seront examinées les prescriptions données par la Corporation professionnelle des infirmiers et infirmières, l'O.I.I.Q., et par les orientations du programme expérimental de formation en soins infirmiers; de plus, une revue de littérature dans le domaine des soins infirmiers alimentera cette démarche de précision des attentes, qui sera elle-même complétée par l'expérience d'enseignantes en soins infirmiers pédiatriques du réseau collégial québécois.

Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers

Le rôle social de l'infirmière dont le but est d'assurer le bien-être du bénéficiaire apparaît d'abord dans les articles 36 et 37 de la loi des infirmières et infirmiers du Québec:

> "36 Constitue l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier tout acte qui a pour but d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale.
>
> 37 L'infirmière et l'infirmier peuvent, dans l'exercice de leur profession, renseigner la population sur les problèmes d'ordre sanitaire."[41]

La nature du service que l'infirmière offre aux gens se précise davantage dans l'hypothèse de cadre conceptuel de l'O.I.I.Q.

> "Le nursing implique une préoccupation des besoins de l'individu face à sa santé et une aide indispensable à lui apporter dans la compréhension de l'expérience de santé passée, présente et future. Il fait aussi appel à l'exploitation de son potentiel d'autonomie et de participation en vue de son bien-être et d'une satisfaction dans sa vie."[42]

Dans sa Philosophie de l'éducation en nursing au Québec, l'O.I.I.Q. prescrit des objectifs généraux d'ordre professionnel, scientifique, social et personnel. Ainsi, l'éducation en soins infirmiers doit viser à développer des aptitudes à la communication interpersonnelle et à la relation d'aide.[43]

Par ailleurs, quand l'O.I.I.Q. définit la compétence professionnelle, il inclut en plus des connaissances scientifiques et professionnelles des habiletés, des attitudes, un jugement qui permettront l'exercice de la profession.[44] En situant les soins

infirmiers dans un cadre de relation infirmière-bénéficiaire, l'O.I.I.Q. définit les normes de compétence relatives à la relation aidante quand l'infirmière oeuvre dans un milieu de soins de courte durée. L'O.I.I.Q. précise même les qualités d'une attitude aidante pour des soins de courte durée: congruence, acceptation, empathie et spécificité.[45]

Ces qualités, ces attitudes ont été développées principalement par Carl Rogers, Carkhuff et reprises par Lucien Auger. Elles déterminent les quatre champs pour lesquels des objectifs généraux et spécifiques ont été élaborées.

La compréhension empathique ou empathie est cette attitude dont le but est de rendre l'autre capable d'exprimer des sentiments qu'il était incapable d'exprimer auparavant. L'aidant est alors centré sur le monde émotif de l'aidé;[46] cette attitude permet à l'aidé de se reconnaître et augmente la sécurité de l'aidé.[47] Différents niveaux de compréhension empathique existent chez un aidant tout comme pour toutes les autres attitudes. Le respect chaleureux permet à l'aidé de se sentir libre d'être lui-même; cette attitude transmet à l'autre qu'il est objet d'amour c'est-à-dire qu'il a une valeur, qu'il peut prendre des décisions, bref, qu'il est responsable.[48] L'authenticité ou la congruence facilite la relation aidante par une utilisation appropriée des réactions de l'aidant, quelque soit son contenu émotif, comme base pour explorer la relation; il y a congruence entre ce que l'aidant dit et ce qu'il pense intérieurement.[49] La précision et la spécificité de l'expression favorisent l'émission de messages clairs, précis, concrets, spécifiques; l'aidant oriente les échanges sur des situations concrètes.[50]

D.G.E.C.

Quant aux intentions pédagogiques développées par le programme expérimental d'études collégiales en soins infirmiers, on retrouve sensiblement les mêmes préoccupations de développer des habiletés de communication à l'intérieur d'une relation interpersonnelle.[51]

Cette préoccupation n'est pas nouvelle; le cahier de l'enseignement collégial à la section techniques infirmières, soins infirmiers pédiatriques, énonce des objectifs qui relèvent non seulement de la connaissance de la psychologie infantile mais aussi de l'application de ces connaissances, mettant l'accent sur le rôle "expressif" de l'infirmière.[52]

A la lumière des principes émis par ces instances (D.G.E.C., O.I.I.Q.), il appert que le cheminement affectif de l'étudiante-infirmière gravite autour de la relation interpersonnelle et plus spécifiquement des attitudes aidantes.

La pratique des soins infirmiers à travers la littérature

Les soins infirmiers en milieu pédiatrique tout comme n'importe quel champ d'exercice doivent répondre aux mêmes normes et exigences. Il n'y a pas d'étude systématique faite sur les habiletés psychologiques, sur les attitudes requises pour des soins infirmiers pédiatriques de qualité; cependant, tous les auteurs s'entendent sur la nécessité de procurer à l'enfant un support émotionnel.[53] Aucun des écrits consultés ne propose de cadre spécifique mais les commentaires des uns complètent ceux des autres et permettent des rapprochements avec le domaine des attitudes.

Ainsi, Marlowe souligne l'importance de la qualité de la relation interpersonnelle: chaleur, sensibilité et compréhension

s'imposent à une bonne relation.[54] Marlowe va même jusqu'à établir les principes qui doivent régir les relations parents-infirmières, enfants-infirmières. On reconnaîtra sans doute les qualités de la relation aidante exprimées différemment:

> "1) L'infirmière commence à établir une relation d'aide avec les parents et l'enfant dès qu'elle les rencontre pour la première fois, que ce soit au foyer, à l'hôpital ou dans un service communautaire;
>
> 2) Elle sait que toute conduite a un sens, une signification, même si ceci n'est pas apparent;
>
> 3) Elle accepte parents et enfants comme ils sont, sans chercher à les juger en terme de bien ou de mal. Son rôle consiste à comprendre et non à appliquer des règles morales;
>
> 4) Elle doit éprouver pour eux de l'empathie, c'est-à-dire tenter de saisir ce que représentent pour eux les problèmes et sentiments qu'ils expriment. Elle leur communique aussi la compréhension sincère et essaie de les aider à trouver une solution;
>
> 5) Elle doit reconnaître que les parents ont le droit de prendre des décisions concernant l'enfant et elle doit les respecter, même si parfois elles lui semblent inadéquates;
>
> 6) Elle doit permettre aux parents et à l'enfant d'exprimer leurs sentiments négatifs et réagir de façon adulte et objective dans de telles circonstances;
>
> 7) Elle doit poser des questions simples et brèves et s'exprimer dans un langage compréhensible;
>
> 8) Elle doit faire comprendre aux parents qu'il y a cohésion et unité à l'intérieur de l'équipe de santé, de façon à ce qu'ils se sentent en sécurité."[55]

Il devient évident que les comportements de type affectif de l'infirmière sont gouvernés par les attitudes que l'O.I.I.Q. a spécifiées

dans un document Normes et critères de compétence (congruence, empathie, acceptation et spécificité). Ces quatre qualités ont donc été retenues pour spécifier les objectifs à poursuivre lors de la formation des étudiantes-infirmières dans le domaine affectif.

L'hospitalisation d'un enfant oblige presque systématiquement la séparation des parents et de l'enfant. Plusieurs facteurs accentuent l'anxiété vécue autour de cette expérience qui s'impose à l'enfant; ce sont l'âge de l'enfant, sa compréhension de l'expérience d'hospitalisation et des différents traitements à recevoir, la qualité des relations interpersonnelles, l'environnement institutionnel avec ses restrictions sensorielles et motrices, la durée du séjour, la nature de la maladie, les expériences d'hospitalisation antérieures, la concomittance d'évènements majeurs tels la naissance d'un frère.[56] Bref, l'hospitalisation d'un enfant impose à ce dernier: douleur, restrictions physiques, invasion de son intimité, changements de ses habitudes d'alimentation et de sommeil, etc.

a) Robertson

Robertson a étudié les réactions d'enfants hospitalisés et en a conclu que trois phases caractérisaient la séparation inévitable qui en résultait: la protestation, le désespoir et la négation.[57] Les réactions sont plus tangibles chez les enfants de moins de cinq (5) ans.[58] La durée de la protestation peut varier de quelques heures à quelques jours dépendamment de l'énergie de l'enfant et de la qualité des soins infirmiers; cette étape se manifeste à travers des cris, des pleurs, le refus de manger. L'activité motrice de l'enfant est des plus intenses et se concentre sur la seule idée de retrouver les parents qu'il croit disparus à tout jamais. L'enfant

combat désespérement la séparation au point où il peut avoir des gestes hostiles envers le personnel, des objets ou d'autres enfants. Comme la notion du temps n'est pas ou à peine développée, le temps lui semble interminable. Il a un besoin conscient d'avoir ses parents auprès de lui. Si ses parents le visitent, il pleurera leur départ, voudra les empêcher de partir.

Le désespoir est la phase consécutive et peut durer aussi de quelques heures à quelques jours; le découragement s'installe chez l'enfant; au lieu de pleurer intempestivement, il gémit; son activité peut diminuer jusqu'à l'apathie; il peut même aller jusqu'à se replier sur lui-même et s'auto-réconforter en suçant son pouce, se masturbant, se berçant; il n'est pas rare d'observer ces enfants en position foetale ou se cacher dans leurs couvertures. Il a toujours besoin de ses parents mais il est découragé, ne tentant plus de modifier son entourage. Lors de la visite des parents, il pleurera, cherchera à rester près d'eux ou même les rejettera.

La négation est la phase où, à tort, on croit que l'enfant s'est finalement adapté parce que, désormais, il manifeste de l'intérêt pour le personnel et les autres enfants; quand ses parents le visitent, il va même jusqu'à les ignorer. En fait, l'enfant s'est résigné pour se défendre contre le deuil de la séparation parentale: il réprime les vrais sentiments qu'il nourrit envers ses parents.

Ces constatations de Robertson ont provoqué plusieurs changements dans la routine des unités pédiatriques. Les hôpitaux sont beaucoup plus libéraux qu'auparavant en ce qui concerne les heures de visite. Certains centres spécialisés permettent même aux parents de séjourner avec leur enfant.

b) Petrillo

Petrillo reprend les données théoriques avancées par Robertson et par la psychologie du développement (Piaget, Gesell, Anna Freud) pour finalement élaborer des approches auprès de l'enfant hospitalisé. Les écrits de Petrillo sont riches en détails de toutes sortes pour orienter la pratique infirmière auprès de l'enfant malade et de sa famille. L'auteur se contentera de signifier l'esprit dans lequel les soins à l'enfant sont entrevus par Petrillo: "diriger l'expérience d'hospitalisation dans le sens de promouvoir et d'augmenter la maturité."[59] Les points les plus importants des interventions sont: rationnaliser le traitement à l'enfant, témoigner de la chaleur humaine, lui parler de ses expériences comme un moyen de surmonter la peur, chercher à connaître la signification de la maladie, soutenir les enfants et leur famille, les aider à surmonter les expériences difficiles.[60] Chaque intervention proposée est expliquée à partir des connaissances sur le développement de l'enfant.

c) Klinzing et Klinzing

Ces auteurs ont systématisé leurs écrits d'après un modèle de communication puisqu'ils considèrent que la qualité des relations interpersonnelles lors de l'hospitalisation peut être déterminante en ce sens qu'elle peut aider l'enfant et sa famille à affronter l'anxiété liée à cette expérience douloureuse sur le plan physique et psychique. Ainsi, Klinzing et Klinzing soulignent l'importance pour le personnel hospitalier de répondre aux besoins émotionnels de l'enfant hospitalisé[61]; la voie privilégiée par ces auteurs est la communication verbale et non verbale, abordée dans tout son

processus: émetteur, récepteur, message, réseau, feedback et interférence.[62] Voici, par exemple. comment ils définissent ce qu'est le récepteur:

> "To ensure that their listening behavior will prove emotional support for hospitalized children, hospital personnel should listen actively, adjust to the children's speech deficiencies, ignore distractions from the physical surroundings and avoid faking attention."[63]

Ayant précisé chacun des sous-systèmes du processus de communication, ces auteurs ont dressé une liste des choses à faire ou à ne pas faire lorsque le personnel intervient auprès des enfants 1) ainsi, lors de la première entrevue avec l'enfant, ils soutiennent qu'il est préférable que les infirmières portent un uniforme de couleur et comme, c'est le moment crucial pour gagner la confiance de l'enfant, il vaudrait mieux qu'on ne procède pas immédiatement à un traitement ou une procédure médicale, à moins d'une urgence. Dans le cas d'une urgence, dire à l'enfant comment il peut aider au traitement, le valoriser par sa participation active. A cette étape-ci, il est aussi important de centrer l'entrevue sur les intérêts de l'enfant et de le laisser apprivoiser du matériel médical comme le stéthoscope. Les autres points sont: 2) interagir avec l'enfant pour l'aider à comprendre ses sentiments et leur légitimité, 3) valoriser le comportement de l'enfant plutôt que sa personne, 4) ne pas poser trop de questions évidentes, formuler des questions claires ou des questions où l'enfant a le choix de répondre, 5) ne pas ignorer les questions de l'enfant et ne pas mentir pour tirer sa crédibilité, C) dire à l'enfant ce qu'on attend de lui, 7) ne pas le menacer, 8) ne pas le critiquer, 9) utiliser le silence judicieusement, 10) ne pas taper l'enfant, 11) contrôler l'enfant

physiquement en retirant l'objet jugé dangereux ou en l'écartant si le message verbal ne suffit pas à le convaincre.[64]

d) Allard

De façon plus spécifique, Allard a tenté de vérifier si les comportements de substitut maternel chez les infirmières avaient une influence lors de l'alimentation de l'enfant asthmatique hospitalisé et si ces comportements diminuaient la polypnée pendant l'alimentation.[65] Le postulat de base se résumait à l'importance du substitut maternel à l'hôpital déjà démontrée par une étude de Branstetter sur les réactions au manque de soins maternels et la possibilité de les prévenir par un substitut maternel attentif et affectueux.[66] Les résultats de l'étude d'Allard ont permis de constater que la présence des comportements primaires et secondaires de substitut maternel augmentait la quantité d'aliments ingérés et diminuait le taux de respiration lors de l'alimentation plus que les comportements primaires seuls.[67] Les comportements de substitut maternel sont définis ainsi:

> "Ensemble des réactions et gestes observables chez l'infirmière dont trois sont essentiels ou primaires soit une physionomie souriante, des caresses et toujours des mouvements lents lors de l'alimentation; et trois sont secondaires, soit baiser l'enfant, le bercer et chanter."[68]

e) Autres

Schwartz et Schwartz voient la nécessité pour le personnel de prendre les enfants, de les bercer, bref de leur permettre un contact physique intime pour une fois non douloureux.[69]

Pour Scahill, offrir une sucette, un biberon, avoir un ton calme, bercer, diriger l'attention de l'enfant sur un jouet ou une chanson familière sont autant de moyens pour diminuer l'anxiété de l'enfant.[70]

On pourrait ainsi dégager de chacun des écrits sur l'enfant hospitalisé des interventions spécifiques qui aident l'enfant à supporter l'hospitalisation.

L'hospitalisation de l'enfant revêt donc un caractère problématique pour lui-même, sa famille et les intervenants. Les effets de l'hospitalisation sont immédiats et aussi à long terme; au retour à la maison, l'enfant peut régresser, avoir des terreurs nocturnes, devenir dépendant de la présence des parents au point de vérifier constamment où ils sont dans la maison, même la nuit. Aussi, il est inutile d'insister à nouveau sur la nécessité pour le personnel infirmier d'être préparé à aider l'enfant hospitalisé et sa famille, préparation qui s'acquiert lors de la formation de l'infirmière.

L'expérience d'enseignantes en soins infirmiers

Afin de dégager les attitudes, les valeurs et les comportements souhaités dans l'apprentissage des soins infirmiers pédiatriques, l'auteur a tenté une consultation auprès des enseignantes en soins infirmiers pédiatriques (cours 180-401) du réseau collégial québécois. Le lecteur trouvera une copie de la demande faite aux enseignantes à l'appendice A. Cette première consultation n'a pas provoqué l'émergence d'idées novatrices tel que souhaité; peu d'enseignantes ont répondu: des enseignantes de quatre collèges seulement ont exprimé leurs attentes relatives à l'apprentissage des soins infirmiers sur le plan affectif. Leurs réponses concordaient avec ce qui est couramment avancé par la littérature.

A vrai dire, les étudiantes-infirmières qui entreprennent le cours de soins infirmiers pédiatriques (cours 180-401) sont méconnues;

les seules informations disponibles à l'enseignante sont évidemment les données socio-démographiques, les données consignées dans le dossier académique; ainsi les étudiantes-infirmières du Collège de Valleyfield qui commencent le cours 180-401 ont habituellement réussi le cours 180-501 où la relation d'aide est le centre d'intérêt et sont à leur cinquième ou sixième session de leur cours. Malgré les efforts partagés des enseignantes et des élèves, ces dernières engagent, semble-t-il, le cours 180-401 en faisant tabula rasa des acquisitions faites au niveau de la relation d'aide pour se concentrer en milieu clinique sur les habilités techniques; c'est ce malaise pressenti qui est à l'origine de l'étude actuelle. Pourtant, ces mêmes élèves auront, à l'issue de leur troisième année au collège (sixième session), à endosser les normes et critères de leur profession. Quel cheminement poursuivent-elles sur le plan affectif? Quels sont donc les attentes réalistes qu'une enseignante peut entretenir à l'égard de la formation dans le domaine affectif?

Ces interrogations bien légitimes doivent se préciser. Une façon de les canaliser est d'examiner la dimension affective à travers le modèle taxonomique proposé par Krathwohl où les catégories décrites sont hiérarchisées selon un continuum d'intériorisation.

La taxonomie du domaine affectif de Krathwohl

Krathwohl, collaborateur de B. S. Bloom, a développé une taxonomie du domaine affectif dont le but est de préciser la démarche d'un apprenant dans le domaine affectif, étape par étape. Le fil conducteur à la base de cette taxonomie est l'intériorisation, l'incorporation dans l'esprit ou le corps[71], "l'adoption comme siens d'idées, usages, modèles ou valeurs d'une autre personne ou de la société."[72] Ce processus d'intégration s'effectue en cinq étapes interpédendantes et continues.[73] Le processus est aussi hiérarchique car il représente un ordre d'acquisition des objectifs pédagogiques: l'acquisition de l'étape précédente est un prérequis à la réalisation de l'étape suivante. Le tableau II de la page 36 fournit la structure de la taxonomie du domaine affectif de Krathwohl.[74]

Avant de faire siennes, des valeurs, des attitudes, l'élève doit d'abord recevoir c'est-à-dire être conscient qu'un phénomène existe; par la suite, il sera en mesure de faire quelque chose à propos de ce phénomène, peut-être par obligation au départ pour le faire ensuite avec satisfaction. Comme le souligne St-Cyr, l'on a tendance à penser immédiatement en terme de valorisation lorsqu'il est question d'apprentissage de type affectif, oubliant que pour se réaliser la valorisation nécessite l'intégration des deux premières catégories: réception et réponse.[75] Par exemple, avant d'épouser les valeurs affectives privilégiées par la profession infirmière, l'élève devrait: 1) pouvoir au moins se rendre compte qu'il existe par exemple un problème d'adaption pour l'enfant hospitalisé et sa famille 2) répondre

Tableau II

CATEGORIES DE LA TAXONOMIE DU DOMAINE AFFECTIF

DE KRATHWOHL

Catégorie 1. Réception (présence)

1.1 Conscience
1.2 Volonté de recevoir
1.3 Attention dirigée ou préférentielle

Catégorie 2. Réponse

2.1 Assentiment
2.2 Volonté de répondre
2.3 Satisfaction à répondre

Catégorie 3. Valorisation

3.1 Acceptation d'une valeur
3.2 Préférence pour une valeur
3.3 Engagement

Catégorie 4. Organisation

4.1 Conceptualisation d'une valeur
4.2 Organisation d'un système de valeurs

Catégorie 5. Caractérisation par une valeur ou un système de valeurs

5.1 Disposition généralisée
5.2 Caractérisation

pour diminuer l'anxiété chez l'enfant et sa famille. A l'intérieur de chacune de ces étapes se glissent des nuances telles que répondre par obligation, par consentement, vouloir répondre et enfin éprouver de la satisfaction à répondre. L'étape de valorisation sera atteinte quand le comportement de l'élève sera devenu une habitude de se comporter, quand il se sera cristallisé de façon défin et irréversible.

L'utilisation de la taxonomie de Krathwohl offre donc un cadre pour classifier et hiérarchiser les attentes relatives à l'apprentissage du domaine affectif[76]; en plus de faciliter la définition des objectifs en respectant le cheminement affectif de l'élève, cette taxonomie favorise l'organisation des activités d'apprentissage et guide les techniques de mesure des résultats obtenus.

Voici une présentation succinte de chacune des catégories de la taxonomie de Krathwohl expliquant dans quel ordre se façonnent les attitudes.

Réception (catégorie 1)

L'élément particulier de la catégorie réception a pour propriété de "rendre l'élève sensible à l'existence de certains phénomènes et stimuli"[77]. Les sous-catégories développées expliquent le processus par lequel la réception s'effectue. On doit d'abord permettre à l'élève de percevoir les stimuli ou phénomènes, de se rendre compte de leur existence; ensuite, il sera en mesure d'accueillir ces phénomènes, de développer une disposition favorable; enfin, l'élève prête attention de lui-même. Cette étape est primordiale dans l'acquisition d'attitudes car c'est ici qu'on polarise l'attitude; aussi les activités d'apprentissage devront-elles être choisies avec circonspection.

Réponse (catégorie 2)

La deuxième catégorie du continuum d'intériorisation se caractérise par une réponse de l'élève qui se manifeste par l'intérêt actif de ce dernier pour les phénomènes. On ne demande plus la simple attention, on s'attend à ce qu'il passe à l'action. Si, au départ l'élève consent à poser des gestes parce qu'on lui demande (assentiment 2.1), graduellement il peut passer à une activité volontaire, non dicté par des pressions extérieures (volonté de répondre 2.2) pour finalement poser ce même geste avec satisfaction (satisfaction à répondre 2.3).

L'intérêt de l'élève pour un phénomène donné ne se développe pas par génération spontanée; il se façonne graduellement au gré des pressions extrinsèques pour s'en libérer et devenir un comportement autonome, indépendant et satisfait.

Valorisation (catégorie 3)

La catégorie valorisation réfère à un phénomène ou un comportement qui a de la valeur; l'apprenant accorde de l'importance à un phénomène.

> "Ce concept abstrait de valeur est, pour une part, le résultat de la propre valorisation de l'individu, mais il est bien davantage encore un produit social, progressivement intériorisé ou accepté, que l'élève est parvenu à utiliser comme un critère personnel de valeur."[78]

L'importance que l'apprenant accorde au phénomène se manifeste par des comportements cohérents, stables, au point où on peut inférer la présence d'une attitude, d'une valeur. "C'est l'engagement individuel vis-à-vis une valeur fondamentale qui détermine le comportement."[79] La réponse est plus qu'occasionnelle, elle est régulière (acceptation d'une valeur); par la suite, l'élève s'implique activement, consacre du temps et de l'énergie privilégiant cette façon

d'être (préférence pour une valeur); enfin il s'engage, il agit au nom de cette valeur (engagement).

Organisation (catégorie 4)

Le système de valeurs s'organise à l'étape de l'organisation. "Cette catégorie est destinée à permettre de classer convenablement les objectifs qui sont à la base d'un système de valeurs."[80] Chaque fois qu'une nouvelle valeur est intégrée, il y a réorganisation du système. D'abord l'élève considère comment une valeur s'intègre dans le système, c'est la conceptualisation (4.1); ensuite, il ordonne ses valeurs pour projeter un nouveau système de valeurs (organisation 4.2).

Caractérisation (catégorie 5)

La caractérisation décrit le niveau où on peut identifier un individu à une valeur qu'il possède. La sous-catégorie disposition généralisée (5.1) est une tendance déterminante pour l'individu à agir d'une certaine manière. Quant au degré le plus élevé du processus, on y retrouve des comportements qui s'apparentent à une philosophie de la vie.[81] Peu d'objectifs appartiennent à cette classe supérieure.

Les catégories quatre et cinq ont peu ou pas de chance de se réaliser à l'intérieur d'un cadre scolaire. D'ailleurs, Pocztar souligne qu'au delà de la catégorie 3.0 (valorisation), les objectifs poursuivis ne peuvent relever de l'enseignant.[82] En effet, la caractérisation ne pourrait être un objectif pédagogique.

Ainsi, dans le domaine affectif, l'intériorisation se fait graduellement, progressivement; une attitude ne peut s'intérioriser que

si l'on permet un cheminement qui respecte un ordre d'acquisition.

La taxonomie de Krathwohl inspire donc une nomenclature qui, tout en décrivant les étapes du cheminement affectif, permet la mise au point d'attentes progressives. Les attentes précisées et ainsi catégorisées exigent d'être mesurées et évaluées si l'on veut prendre des décisions éclairées et conséquentes. Cette mesure fondée sur les objectifs, c'est la mesure et évaluation à interprétation critériée, qui prend sa source dans la définition par déduction-induction des attentes du domaine affectif; elle sera l'objet des prochaines pages.

La mesure et l'évaluation à interprétation critériée dans le domaine affectif

Introduction

L'évaluation sur le plan affectif peut provoquer des questions controversées telles que: A-t-on le droit d'évaluer et de mesurer des comportements internes, privés? Comment évaluer le domaine affectif sans introduire les biais de l'évaluateur? Une profession telle la profession infirmière repose sur des valeurs; sa pratique, comme il a été démontré précédemment, suppose l'appropriation d'attitudes bien précises; or, si la formation infirmière veut réussir à développer chez ses élèves des comportements qui répondent aux normes et critères de la profession, il faut prévoir une stratégie en ce sens et par conséquent, l'évaluation devient péremptoire; tout dépend de l'esprit dans lequel s'effectue cette évaluation. Ainsi, pourquoi ne pas entrevoir

> "l'évaluation des apprentissages affectifs à l'intérieur d'une approche formative... comme une étape intégrée au processus d'aide à l'apprentissage où l'on peut identifier les objectifs atteints et ceux qui ne le sont pas."[83]

D'ailleurs, c'est dans cet esprit que se fait l'évaluation clinique des étudiantes-infirmières du moins pour les domaines cognitif et psycho-moteur. Si la mesure à interprétation critériée n'est pas un concept nouveau, son utilisation dans le domaine affectif est toutefois peu documentée.

La mesure et évaluation à interprétation critériée

Cette façon de mesurer fondée sur les objectifs prend le nom de mesure critériée ou mesure à interprétation critériée. Girard la définit ainsi:

> "L'accent est mis sur la description des habiletés ou capacités maîtrisées par chaque étudiant en vue de faciliter une évaluation en fonction d'un seuil de performance... La communication des résultats de la mesure critériée n'implique pas nécessairement des informations quantitatives et peut revêtir des aspects qualitatifs...' Malgré les diverses formes que peut révéler la communication des résultats il est important de souligner que dans la perspective d'une évaluation critériée, l'évaluation de chaque étudiant est totalement indépendante de l'évaluation des autres étudiants."[84]

La mesure étant l'attribution de symboles numériques à des objets ou évènements selon des règles déterminées, elle suppose un jugement quantitatif; quant à l'évaluation, elle porte un jugement qualitatif sur le rendement à partir d'informations en vue d'une décision.[85] Mesure à interprétation critériée et évaluation formative ne s'excluent pas mutuellement; au contraire, la mesure à interprétation critériée permet l'évaluation formative

> "... qui consiste à recueillir, à plusieurs occasions pendant le déroulement d'un programme d'études ou d'un cours, des informations utiles dans le but de vérifier périodiquement la qualité de l'apprentissage des étudiants."[86]

La qualité de l'apprentissage peut se mesurer à l'aide d'une épreuve critériée définie ainsi par Girard:

> "... épreuve construite à partir d'objectifs et visant à déterminer le degré d'atteinte de ces objectifs. Pour déterminer ce degré d'atteinte, on fera appel à un critère ou à un seuil de performance."[87]

L'épreuve peut être un test objectif, des observations, un dossier

anecdotique, une liste de vérification, une échelle d'appréciation, etc.

Girard prescrit cinq étapes afin de construire une épreuve critériée valide

> "1) déterminer les objectifs dont on désire mesurer le degré d'atteinte
>
> 2) déterminer l'importance relative de chacun des objectifs
>
> 3) construire pour chacun des questions congruentes
>
> 4) déterminer le seuil de performance pour chacun des objectifs si ce n'est déjà fait
>
> 5) prévoir le mode de correction et de transmission des résultats."[88]

Pour les fins de la présente étude, différentes formes d'épreuves ont été élaborées dépendamment de l'étape taxonomique des objectifs visés. Le lecteur trouvera une description de chacune des formes utilisées dans les prochains chapitres. Ces épreuves sont toutefois à l'état rudimentaire vu la pénurie d'information existante sur le sujet de la mesure et évaluation à interprétation critériée dans le domaine affectif; même pour en arriver à cet état élémentaire, beaucoup de travail a été nécessaire.

Le modèle théorique proposé visait à orienter la démarche nécessaire à la planification des attentes du domaine affectif dans un secteur bien particulier, celui de la formation des infirmières en milieu clinique pédiatrique. La planification de ces attentes exigeait l'exploration de divers éléments dont le modèle de déduction-induction, la dimension affective dans la formation des infirmières, la taxonomie de Krathwohl et enfin la mesure et l'évaluation à interprétation critériée. Avant de rendre compte de cette planification et de sa réalisation, le prochain chapitre considérera la méthodologie utilisée pour réaliser les fins de l'étude.

CHAPITRE III

METHODOLOGIE

La présente étude se situe dans la catégorie des études exploratoires, plus spécifiquement au niveau des études de cas. En effet, elle se limite à l'examen d'une situation particulière, celle de l'apprentissage des comportements du domaine affectif en milieu clinique pédiatrique. Les données ainsi recueillies pourraient servir éventuellement à la planification et à la réalisation d'activités d'apprentissage systématiquement orientées vers le changement d'éléments relatifs au domaine affectif.

Instruments de recherche

Les instruments de recherche utilisés pour les fins de cette étude se situent sur deux plans: 1) un plan plutôt théorique lors de la phase de planification; et 2) un plan pratique lors de la phase de réalisation quand il s'agit de mesurer les objectifs pour lesquels il y a eu planification. Ainsi, deux intentions dominent les instruments de recherche: le modèle de déduction-induction et la théorie de la mesure et évaluation à interprétation critériée.

Modèle de déduction-induction

Sur le plan théorique, les instruments de recherche découlent directement du modèle de déduction-induction tel que présenté au chapitre précédent. En réalité, ce modèle a permis la mise au point

d'un répertoire d'objectifs du domaine affectif en spécifiant et en articulant les intentions de chaque niveau. Ce répertoire se retrouve à l'appendice B; il faut entrevoir ce répertoire comme u document de travail. 1) Le niveau A détermine les attentes globa les, les orientations générales fixées pour la planification des apprentissages à partir des directives du M.E.Q., des normes et c tères de compétence de la profession infirmière. 2) Le niveau B spécifie ces attentes à partir d'une taxonomie, en l'occurence la taxonomie du domaine affectif de Krathwohl. 3) Le niveau C perme l'opérationnalisation des objectifs du niveau précédent. 4) Enfi le niveau D précise les tâches particulières que l'élève doit réa liser dans le cadre d'une planification des apprentissages.

Les détails de cette planification des apprentissages du dom affectif font l'objet du chapitre suivant.

La mesure et évaluation à interprétation critériée

Sur le plan pratique, la théorie de la mesure et évaluation interprétation critériée a guidé la mise au point des instruments servant à la mesure des objectifs spécifiés par le modèle de déduction-induction. Cette façon de mesurer basée sur les objec contribue à l'enrichissement de la congruence recherchée par l'u tilisation du modèle de déduction-induction. L'élaboration des truments s'est faite à partir des objectifs tout en considérant différentes composantes des attitudes: cognitive, affective, co tive, comportementale. Ces instruments sont: un questionnaire, inventaire d'intérêts, l'observation des comportements avec éche descriptive, l'observation introspective avec échelle descriptiv et enfin un inventaire d'opinions.

Questionnaire

La composante cognitive est évaluée à partir d'un questionnaire qui vise à identifier si les étudiantes-infirmières peuvent différencier parmi les gestes et/ou les par les d'une infirmière, ceux et celles qui sont appropriés dans le cadre d'une relation infirmière-enfant-parent. Cet instrument que le lecteur retrouvera à l'appendice C s'adresse à l'élève et renseigne sur le degré de performance de l'élève au niveau 1.1 (conscience) de la taxonomie de Krathwohl.

Inventaire d'intérêts

L'inventaire d'intérêts devrait permettre de situer l'attention préférentielle (catégorie 1.3 de Krathwohl) de l'élève. Cet inventaire recueille les intérêts de l'élève pour des sujets reliés au climat socio-émotif entraînant l'hospitalisation de l'enfant; l'appendice D fournit les détails de cet inventaire.

Observation des comportements

L'observation des comportements des élèves se fait directement lors des stages; à cet effet, une liste de comportements avec une échelle descriptive d'appréciation a été conçue à partir des divers objectifs affectifs retenus après une consultation des enseignantes du Collège de Valleyfield. Chacun des comportements décrits doit être pondéré par l'enseignante en terme de fréquence d'apparition puisque dans le cheminement affectif la fréquence est un facteur qui rend compte de la stabilité d'un comportement. Cet instrument reproduit à l'appendice E devrait mesurer l'atteinte des objectifs de la catégorie 2.0 (réponse) de Krathwohl. Le lecteur verra plus

loin que les objectifs choisis par l'ensemble des enseignantes appartiennent essentiellement aux catégories 2.1 et 2.2 (consentement et volonté de répondre). Cette grille d'observation permet par ailleurs de vérifier l'aspect comportemental des attitudes.

Observation introspective

L'observation introspective a pour objet les mêmes comportements choisis par l'ensemble des enseignantes pour l'observation directe; c'est l'échelle descriptive qui diffère de celle utilisée par les enseignantes. Cette échelle est multidimensionnelle en ce sens qu'elle s'intéresse non pas tellement à la fréquence du comportement mais plutôt à sa qualité intrinsèque, rejoignant par là la composante affective des attitudes; l'échelle utilisée permet de situer l'élève sur le continuum d'intériorisation selon la catégorie de la taxonomie de Krathwohl réflétée par la réponse de l'élève. Cet instrument se retrouve à l'appendice F.

Inventaire d'opinions

L'inventaire d'opinions situé à l'appendice G cherche à déterminer quelle est l'opinion réelle de l'étudiante-infirmière face à une situation conflictuelle; les solutions proposées sont telles que chacune transmet une valeur tout aussi louable l'une que l'autre; mais certaines réponses se rapprochent davantage des valeurs mises de l'avant dans une relation aidante. Le choix fait par l'élève est commandé par un ensemble de facteurs qui lui font préférer cette valeur à une autre lors d'une mise en situation; cet inventaire qui tient compte de la composante conative des attitudes, devrait permettre de déterminer si l'élève atteint la catégorie valorisation (3.1)

de Krathwohl. Bien qu'aucun objectif de cette catégorie, hormis un, n'ait été retenu, il sera sans doute intéressant de vérifier si les élèves atteignent ce niveau malgré l'absence d'objectifs clairs et précis.

Milieu et échantillon

Dans un cadre de recherche du type classique, il faudrait déterminer un échantillon. Or, pour les fins de la présente étude, toutes (quatorze) les étudiantes-infirmières suivant le cours 180-401 et les deux enseignantes en milieu clinique constituent le seul et unique groupe de sujets avec lequel se réalise cette étude de cas; aussi toute tentative de généralisation devra être prudente.

Ces quatorze (14) élèves, un homme et treize (13) femmes en sont à leur cinquième session de leur cours de formation; l'une d'entre elles est déjà auxiliaire. Quant aux enseignantes, plusieurs années d'expérience caractérisent leur cheminement. L'une enseigne les soins pédiatriques depuis une douzaine d'années tandis que l'autre cumule des expériences d'enseignement dans différents champs d'exercice infirmier: sept années réparties entre les soins en médecine et chirurgie chez l'adulte et les soins en milieu pédiatrique.

Les stages de formation clinique se déroulent dans un centre hospitalier universitaire dont la vocation est presqu'exclusivement pédiatrique. Chaque élève passe dix-huit (18) jours en milieu clinique, ces journées étant échelonnées sur six semaines, à raison de trois jours par semaine.

Deux unités ayant des orientations fort différentes reçoivent les élèves. Une unité hospitalise des enfants "grands" pour des problèmes médicaux tels le diabète, l'asthme. L'autre unité est

un département de neuro-chirurgie où l'âge des enfants varie. Chaque élève passe neuf jours dans chacune des unités avec la même enseignante.

Déroulement de l'étude

Au début des stages en milieu clinique, les enseignantes et les élèves ont en main le répertoire des objectifs du domaine affectif. Le tableau III précise le moment où chacun des instruments de mesure est utilisé. Le tableau IV indique comment se sont faites les observations des comportements des élèves par les enseignantes.

Limites méthodologiques

Les instruments développés pour les fins de la mesure dans le domaine affectif sont sujets à plusieurs biais. Boisvert en mentionne quelques uns:

> "1) La manifestation du comportement est reliée aux circonstances.
> a) certains comportements ne se manifestent que de temps à autre
> b) il est possible que l'école ne fournisse pas les conditions favorables à sa manifestation...
> 2) ... l'observation du comportement est reliée à la disponibilité de l'observateur en termes de temps, de nombre d'élèves et de ses habiletés d'observateur...
> 3) ... des biais dans l'information recueillie sont dûs aux sujets eux-mêmes... certains individus modifient leur comportement quand ils sont observés...
> 4) ... la tendance à l'acquiescement ou au rejet..."[89]

Borg et Gall soulignent d'autres types de biais lorsque l'observateur cote les sujets: ainsi, certains ont tendance à accorder la même cote aux sujets alors que dans les faits, il y a des différences; d'autres glissent vers l'erreur de la tendance centrale; enfin l'effet

TABLEAU III

MOMENT D'UTILISATION

DES INSTRUMENTS DE MESURE

Avant le stage	Après 9 jours de stage	Après 18 jours de stage
Questionnaire		Questionnaire
Inventaire d'intérêts		Inventaire d'intérêts
	Observation des comportements	Observation des comportements
	Observation introspective	Observation introspective
Inventaire d'opinions		Inventaire d'opinions
Répertoire d'objectifs		

Tableau IV

MOMENTS

D'OBSERVATION DES COMPORTEMENTS

PAR LES ENSEIGNANTES

Temps / Groupe d'élèves	Après 9 jours de stage	Après 18 jours de stage
# 1	Observatrice # 1	Observatrice # 2
# 2	Observatrice # 2	Observatrice # 1

halo prédomine chez certains observateurs quand la première impression du comportement détermine la qualité des observations subséquentes.[90]

Les étudiantes-infirmières ont l'habitude d'être observées en milieu clinique diminuant ainsi l'effet de contamination d'autant plus que les observatrices sont aussi les enseignantes qui les accompagnent en stage. Les élèves connaissent l'objet de l'observation. Quant aux instruments utilisés par l'élève, une page frontispice leur rappelle le caractère anonyme des données recueillies et explique l'utilisation des données.

Analyse des données

La nature exploratoire de la présente étude permettra de faire une analyse qualitative des données recueillies à l'aide des différents instruments; cette analyse qualitative devrait dégager des règles d'action a posteriori.

La réalisation de cette étude exploratoire exige d'abord une planification théorique où les instruments utilisés dérivent d'un modèle particulier: le modèle de déduction-induction. La prochaine partie portera donc sur la démarche essentielle qu'est la planification via le modèle de déduction-induction et sur la réalisation de cette démarche.

PARTIE II

COMPTE-RENDU
DE LA
DEMARCHE:
PLANIFICATION ET REALISATION

CHAPITRE IV

PLANIFICATION

Le modèle de déduction-induction précédemment expliqué permet d'élaborer des attentes dans le domaine affectif tout comme n'importe quel autre domaine: cognitif, psycho-moteur. La logique interne de ce modèle facilite l'élaboration des attentes dont la congruence est assurée entre les divers niveaux. Pour réaliser le but de la présente étude, des attentes ont été projetées pour chacun des niveaux du modèle de déduction-induction.

L'élaboration des attentes du domaine affectif pour des étudiantes-infirmières en milieu clinique pédiatrique

Niveau A

Les attentes du niveau A s'apparentent à des buts généraux. Les documents reliés au projet expérimental et présentés par la D.G.E.C. précisent une attente entre autres dans le domaine affectif à savoir: développer des habiletés de communication à l'intérieur d'une relation interpersonnelle.[91] Par ailleurs, ce but rejoint les préoccupations de la Corporation professionnelles des infirmières et des infirmiers à l'égard de la formation de l'infirmière au Québec.[92] Quant aux habiletés de communication retenues, ce sont les normes et critères de compétence de la profession infirmière qui

ont encadré leur contenu; ce sont la congruence (authenticité), la compréhension empathique, le respect chaleureux et la spécificité.[93]

Niveau B

La taxonomie du domaine affectif de Krathwohl a régi le développement des attentes du niveau B, attentes relatives à chacune des attitudes spécifiées antérieurement. Il est à noter que les objectifs généraux ne dépassent pas le niveau valorisation (catégorie 3.0) parce qu'au-delà de cette catégorie, les objectifs ne sont plus du ressort de l'enseignant.[94] L'appendice B énumère les objectifs généraux pour chacune des attitudes choisies. La catégorisation des objectifs exige non seulement un effort discriminant mais aussi un entendement raffiné qui favorise une conception plus juste et plus réaliste des attentes. Chacun des verbes choisis doit refléter l'intention des catégories. Quant au contenu de l'objectif, il a été déterminé antérieurement au niveau A.

Des règles d'action s'ensuivent: 1) une étude minutieuse et répétée de la taxonomie de Krathwohl en facilite la compréhension et par conséquent la définition des objectifs généraux devient plus concordante; 2) bien que l'ensemble des objectifs spécifiques classifiés sous la rubrique 3.0 (valorisation) ait été rejeté lors d'une consultation des enseignantes, il n'est pas inutile de formuler des objectifs généraux de cette catégorie; ils permettent tout au moins de clarifier que certaines attentes plus spécifiques (comportements attendus de l'élève) ne peuvent se réaliser spontanément: l'intériorisation d'une attitude est tributaire de changements internes qui commencent avec la réception.

Niveau C

Le niveau C, c'est le niveau de l'opérationnalisation des attentes exprimées au niveau B. Les objectifs spécifiques développés à cette étape-ci permettent d'opérationnaliser les attitudes pour en faire un objet observable.[95] Mais qu'est-ce qu'un objectif spécifique? Girard le définit ainsi:

> "Une communication d'intention décrivant le comportement attendu de l'étudiant à la suite d'une activité d'apprentissage. Cet objectif doit être communicable et mesurable."[96]

Pour assurer ces critères "communicable et mesurable", des règles président à la formulation des objectifs.

> "a) Verbe spécifique
> Le verbe d'action ou comportement exprimé dans l'objectif est assez spécifique pour que son interprétation par diverses personnes se prête à des définitions opérationnelles variées, mais de même nature.
>
> b) Etudiant
> Le comportement exprimé est attendu exclusivement de la part du sujet qui apprend, soit l'étudiant.
>
> c) Après
> Ce comportement exprime, non pas l'activité d'apprentissage elle-même, mais le produit de cette activité.
>
> d) Le contexte
> Les conditions du comportement ou le contexte qui l'accompagnera, sont précisés de telle sorte qu'il est possible de concevoir la tâche qui prouvera que l'objectif est vraiment atteint.
>
> e) Critère(s) d'évaluation
> Il est possible de décider à priori d'un critère objectif qui servira à évaluer la manifestation du comportement attendu. On dispose alors d'un seuil de performance ou d'une autre indication similaire."[97]

Quant au critère de performance, Girard souligne qu'il appa
à l'évaluation et non à l'objectif.[98]

Tels ont été les éléments qui ont contribué au processus de
cification des objectifs dans le cadre qui nous intéresse. Le c
tenu académique a été déterminé à partir de la pratique infirmiè
de la littérature scientifique, de l'expérience professionnelle
enseignantes en soins infirmiers pédiatriques.

Le lecteur trouvera des exemples des énoncés des objectifs
cifiques à l'appendice B. Il faut préciser que les niveaux 1.1
1.2 ne contiennent pas d'énoncés en raison de la difficulté pour
teur de cette étude de conceptualiser un objectif traduit en ter
communicables et mesurables qui tiennent compte des nuances.

Phase un

Afin de vérifier la validité de contenu, une première consu
tion a été entreprise auprès d'infirmières et d'enseignantes en
infirmiers qui se reconnaissaient familières avec les concepts r
tifs à la relation d'aide. Leur mandat consistait à identifier
attitude était réflétée par le comportement énoncé (objectif spé
que). Chaque personne consultée devait classer vingt-huit (28)
vingt-neuf (29) énoncés selon qu'il réflétait de l'empathie, de
thenticité, du respect chaleureux ou de la spécificité.

La technique utilisée est celle des appariements successifs
Smith et Kendall proposée par Bujold.[99] L'appendice H rend comp
des directives et des objectifs à classifer, regroupés au hasard
quatre échantillonnages; on retrouve au tableau V les pourcentag
d'accord entre les personnes consultées pour chacun des cent qua
(114) énoncés.

TABLEAU V

OBJECTIFS SPECIFIQUES (INDICATEURS D'ATTITUDES)

POURCENTAGE D'ACCORD

énoncé \ échantillonnage	1				2				3				4			
	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D
1				42		77				68						95
2		90			59				76					57		
3				66	59				90				68			
4	90					81			44							63
5				36			90					78		36		
6				47	59				57				81			
7			77					52		70			68			
8			54					56			75		38			
9		52			60							72			95	
10			100			65					75					72
11	47				81					52				45		
12	57							31		59					47	
13		63			50				42				81			
14				42				59		71			95			
15				90		52					95				36	
16	55					91						90		54		
17	76					70			78							72
18	42					66				1	100		77			
19		42				45				85			72			
20			63		62				77						36	
21		50			37				60							68
22		95			58						85					63
23		65			50							57	54			
24		81					50		95					59		
25		81				39			84							72
26	81					43						47				100
27		100						62		91				52		
28		54				80				52				100		
29					72						84					

A: empathie

B: respect chaleureux

C: authenticité

D: spécificité

A la lumière de ces résultats, peu d'énoncés réussissent à provoquer l'accord chez les gens consultés: cinquante (50) des cent quatorze (114) énoncés ont un pourcentage d'accord au-delà de 70%; de plus, il arrive que la classification suggérée par cet accord ne corresponde pas à la classification avancée par l'auteur de l'étude: c'est le cas de neuf (9) énoncés.

Quatorze (14) énoncés ont été catégorisés comme reflétant de l'empathie sur une possibilité de trente-trois (33); seize (16) objectifs sur cinquante-sept (57) ont été jugés comme étant du respect; neuf (9) comportements sur douze (12) ont été catégorisés sous l'attitude authenticité et enfin dix (10) énoncés sur douze (12) sont classifiés comme de la spécificité. Les énoncés qui ont un pourcentage d'accord le plus élevé sont ceux appartenant aux attitudes d'authenticité et de spécificité.

Le tableau VI présente les détails des résultats suite à cette première consultation: les chiffres entre les parenthèses représentent le nombre d'objectifs spécifiques classifiés par l'auteur de la présente étude. Les résultats suggèrent plusieurs explications: 1) ou les énoncés sont ambigus et réflètent plus d'une attitude 2) ou les répondantes n'ont pas une préparation équivalente leur permettant d'identifier correctement chacun des énoncés 3) ou les attitudes ont mal été définies lorsqu'elles ont été présentées aux répondantes.

Quoiqu'il en soit cette classification permet une meilleure cohérence interne; elle sera utile lors de la mesure et évaluation dans le but de diagnostiquer quelle attitude est à travailler avec l'élève.

Les résultats obtenus suite à cette première consultation suggèrent

TABLEAU VI

CLASSIFICATION AVEC ACCORD AU DELA DE 70%

OBJECTIFS SPECIFIQUES (INDICATEURS D'ATTITUDES)

Attitude / Echantillonnage	A	B	C	D	
1	3(4)	4(20)	2(4)	1(0)	
2	2(9)	5(16)	1(3)	0(1)	
3	6(11)	4(12)	5(2)	4(4)	
4	3(9)	3(9)	1(3)	5(7)	
TOTAL	14(33)	16(57)	9(12)	10(12)	114
%	42%	28%	75%	83%	

A: empathie
B: respect chaleureux
C: authenticité
D: spécificité

les règles d'action suivantes: 1) d'abord, il ne faut pas considérer cette consultation comme péremptoire car un degré d'accord élevé entre les répondantes est impensable étant donné qu'un comportement décrit "... est rarement en relation avec une seule attitude."[100] 2) Il serait avantageux de multiplier les exemples, de spécifier davantage le contenu des attitudes dans les directives adressées aux mandataires. 3) A toutes fins pratiques, cette consultation pourrait s'opérer une fois que les priorités ont été établies; ainsi, le nombre d'objectifs à classifier serait réduit favorisant par là le degré de validité.

Phase deux

Une deuxième consultation auprès des enseignantes en soins infirmiers pédiatriques s'impose; il s'agit de déterminer quels objectifs parmis les cent quatorze (114) énoncés sont les plus pertinents dans l'apprentissage d'une étudiante-infirmière. L'appendice I rend compte de la tâche des mandataires.

Le tableau VII résume les cotes allouées à chacun des énoncés regroupés au hasard; la distribution égale sur cette échelle de cinq (5) est absente à savoir que la plupart des énoncés sont jugés autour de quatre et cinq; quatre (4) énoncés seulement ont été rejetés systématiquement. Cette compilation suggère que l'ensemble des enseignantes consultées ont des idées bien précises et surtout nombreuses sur ce qu'une étudiante-infirmière devrait développer au niveau du savoir-être en milieu clinique pédiatrique; alors que cette consultation devait permettre d'isoler des comportements prioritaires, il appert qu'à peu près tous les comportements décrits par les énoncés sont jugés importants (cent dix sur cent quatorze énoncés), la plupart d'entre eux ayant reçu des cotes autour de quatre (4) et cinq (5).

TABLEAU VII

PERTINENCE DES OBJECTIFS SPECIFIQUES

(MOYENNE)

# énoncé	Echantillonnage			
	1	2	3	4
1	4,42	4,13	3.16	4,73
2	4,52	4,46	4,33	4,73
3	4,94	4,13	4,66	4,28
4	3,05	4,53	3,83	3,06
5	4,42	3,71	4,91	3,86
6	4,57	3,86	4,0	4,73
7	4,44	4,40	4,66	4,26
8	5,0	4,46	4,36	3,93
9	4,42	4,80	4,72	3,35
10	1,89	4,80	4,0	4,86
11	3,57	3,93	5,0	4,8
12	5,0	4,13	4,08	4,66
13	4,83	3,46	4,16	4,86
14	4,42	4,26	4,66	4,93
15	3,23	3,33	4,0	3,53
16	4,42	2,73	4,5	4,86
17	4,47	4,42	3,66	4,93
18	4,78	4,93	4,25	3,85
19	4,63	4,60	4,91	4,66
20	4,52	4,21	4,5	4,4
21	4,31	3,46	4,83	4,93
22	3,73	4,26	3,66	4,73
23	4,42	4,46	4,25	4,33
24	4,47	2,73	4,66	4,8
25	3,73	3,66	4,66	4,8
26	3,42	2,8	4,75	4,73
27	4,84	3,93	3,81	4,4
28	4,42	3,40	4,75	4,85
29	——	4,33	4,33	——
#enseignantes	17	15	12	15

A partir de ces résultats, on peut conclure que les enseignantes consultées, au total cinquante-neuf (59), pensent qu'une foule de comportements de type affectif sont importants pour l'apprentissage de l'étudiante-infirmière. Cette conclusion est plus qu'étonnante; dans le Collège où se fait l'étude, ces comportements décrits n'étaient pas connus des élèves avant l'étude; et pourtant on peut induire suite à cette consultation que les enseignantes en ont une idée assez précise bien que non dévoilée; on peut faire l'hypothèse que ces comportements qui n'étaient pas dévoilés étaient toutefois des points de référence pour l'enseignante mais dans un cadre non planifié, d'où les difficultés énoncées lors de la problématique.

La règle d'action qui découle de ces données est telle qu'il s'avère inutile d'utiliser une échelle de type Thurstone dans une situation où des priorités doivent s'établir; car théoriquement rien n'empêchait la répondante de classifier tous les objectifs sous la même catégorie; donc, dans une telle situation, il faut forcer une distribution égale sur une échelle.

Phase trois

Le problème de réduire le nombre d'énoncés pour ne conserver que les plus significatifs n'est pas réglé; il faut trouver un moyen de forcer les répondantes à établir des priorités même si c'est douloureux intellectuellement parlant. Une méthode de type Q-sort semble être une manière de provoquer une distribution égale sur toute l'échelle. La répondante doit classifier un nombre précis d'énoncés dans chacune des sept (7) catégories d'une échelle qui va de 1 à 7 c'est-à-dire de peu important à absolument important; pour chaque catégorie,

un nombre d'énoncés est fixé de sorte que la répondante ne peut dépasser ce nombre; le nombre est déterminé à partir de la courbe normale de sorte qu'aux extrêmes, le nombre d'énoncés est relativement petit; c'est la catégorie centrale qui réunit le plus grand nombre d'énoncés.[101]

Pour ce faire, les objectifs de niveau 1.0 (réception) ont été omis de la liste car ces derniers se contrôlent davantage en classe par la méthode de crayon et papier. Il restait alors quatre-vingt-dix huit (98) énoncés à partir desquels il fallait établir des priorités en utilisant une échelle d'importance de 1 à 7 où un représentait peu important et 7 absolument important; ainsi la répondante doit nuancer son jugement. Une valeur numérique est accordée à chaque énoncé selon l'échelon où il est placé: par exemple, un énoncé classé à 1 reçoit 1 comme valeur numérique, un énoncé classé à 2 reçoit 2 et ainsi de suite. Pour chaque item, les valeurs numériques sont additionnées; le total représente le nombre de points accordés à l'énoncé; on ordonne par la suite les items du plus haut chiffre au plus bas; le nombre d'énoncés à conserver a été déterminé à partir de l'échelon central 4, ce qui correspondait à environ la moitié des énoncés de chaque classe. Dix (10) répondantes se sont prononcées sur les quatre-vingt-dix-huit (98) énoncés regroupés selon les quatre situations qui ont généré la première formulation des objectifs spécifiques: l'accueil de l'enfant, les soins quotidiens, le milieu thérapeutique et les échanges relationnels.

Le tableau VIII fournit les résultats obtenus. Ainsi, quarante-cinq (45) objectifs ont été retenus comme étant importants dans l'apprentissage d'une étudiante-infirmière relativement au domaine affectif

TABLEAU VIII

SCORE OBTENU PAR CHACUN DES OBJECTIFS

RELATIVEMENT A LEUR PERTINENCE

	Situation			
	1	2	3	4
1	40	34	35	50
2	47	31	38	55
3	38	37	32	55
4	58	47	31	45
5	38	39	44	52
6	44	28	47	51
7	44	38	28	31
8	35	50	14	48
9	30	36	19	49
10	35	34	33	35
11	45	36	49	29
12	45	48	56	38
13	37	45	42	42
14	40	44	41	20
15	38	39	37	42
16	30	26	39	15
17		29	50	29
18		55	50	34
19		40	52	37
20		69	60	25
21			39	45
22			51	33
23			45	48
24			40	46
25			39	27
26			29	46
27			25	49
28			46	
29			40	
30			47	

en milieu clinique pédiatrique; dans chaque situation, la moitié supérieure des objectifs ont été conservés; la liste de ces objectifs se retrouve à l'appendice J. Ce sont les commentaires des répondantes qui ont poussé l'auteur à garder tant d'objectifs. Fort curieusement, un seul objectif classifié sous la rubrique 3.0 a été retenu: "... décrit aux parents les mécanismes utilisés par l'enfant pour faire face à la situation."

Ainsi pour réduire davantage le nombre de comportements indicateurs, il a été décidé de se fier à l'usage: l'utilisation de ces objectifs lors des expériences cliniques devrait renseigner aussi sur leur pertinence. D'aucuns s'objecteront à cette volonté de réduction soulignant que les expériences cliniques sont si nombreuses et variées qu'il y a au fond une infinité de comportements qui pourraient témoigner d'une attitude; mais, pratiquement il serait ahurrissant de communiquer aux étudiantes tant d'objectifs spécifiques seulement pour l'aspect affectif; il serait souhaitable de cerner quelques objectifs absolument importants et de centrer les activités d'apprentissage sur ceux-ci en espérant que, par transfert et généralisation, d'autres objectifs soient atteints. Laissons donc l'usage parler.

Comme mentionné dans la partie théorique, c'est à ce niveau-ci que viennent se greffer les activités d'apprentissage; or, étant donné la complexité de cet aspect, et pour donner une dimension raisonnable à cette étude, cet aspect a été omis.

La règle d'action consécutive à cette consultation se rapproche des constatations faites à la phase deux à savoir que forcer le choix des répondantes oblige ces dernières à établir des priorités même si c'est déchirant.

Niveau D

Le niveau D du modèle de déduction-induction précise des attentes fort particulières. Celles-ci doivent permettre de mesurer l'atteinte des objectifs spécifiques énoncés au niveau C. Ainsi, des tâches particulières ont été élaborées en considérant la classe taxonomique à laquelle appartiennent les objectifs spécifiques à mesurer; car des objectifs spécifiques de la catégorie "réception" commandent des instruments différents de ceux de la catégorie "réponse" ou encore "valorisation", l'objet de la mesure étant différent. La consultation des écrits de Krathwohl, Lavallée et Jambe a permis d'établir des repères quant à l'objet de la mesure et quant aux procédés de mesure; le lecteur peut retracer ces éléments au tableau IX.[102]

Dans une optique différente, Bujold a retracé différentes procédures d'évaluation dans le domaine affectif à partir des écrits de Ahman et Glock. Ce sont les 1) méthodes d'évaluation basées sur l'observation telles le dossier anecdotique, l'échelle de jugement, la liste de contrôle, l'entrevue 2) les techniques reliées à la sociométrie 3) les inventaires d'autonotation comme les inventaires d'intérêts et 4) les techniques projectives.[103]

Ainsi, des instruments s'adressent à l'enseignante et/ou aux élèves; le tableau X renseigne le lecteur sur la provenance de l'évaluateur: l'élève (E) ou l'enseignante (P) et sur le type d'instruments développés. Bien que la désirabilité sociale soit un biais lors des autonotations, ce type d'instruments a été utilisé; pour se garder de cette tendance à la désirabilité sociale, chaque épreuve, où l'élève est l'informatrice, est complétée de façon anonyme; pour répondre aux exigences de mesure critériée, toute mesure doit être

TABLEAU IX

MESURE DES OBJECTIFS AFFECTIFS

Catégories	Objet de la mesure	Procédés
1.0 Réception		
1.1 conscience	conscience de l'existence d'un phénomène	examen tâche de tri
1.2 volonté de recevoir	accueil, acceptation ou rejet	inventaire d'intérêts
1.3 attention dirigée	ce à quoi l'élève prête attention	inventaire d'intérêts, choix forcé
2.0 Réponse		
2.1 assentiment	réponse ou non sur demande	inventaire de comportements
2.2 volonté de répondre	comportement relève du choix de l'élève et non d'une suggestion extérieure	inventaire de comportements
2.3 satisfaction à répondre	réponse émotionnelle indiquant la satisfaction (révélée ou non)	question sur émotions éprouvées
3.0 Valorisation		
3.1 acceptation d'une valeur	profondeur et recherche des comportements	inventaire de comportements, ou d'opinions
3.2 préférence pour une valeur	preuves concrètes manifestées par les comportements et les opinions particulières	choix obligatoire
3.3 engagement	défense du point de vue, temps consacré	inventaire de comportements

TABLEAU X

PROVENANCE DE LA MESURE

Instruments	Evaluateur	Type
catégorie 1.1	E	questionnaire
1.3	E	inventaire d'intérêts
2.1	E	observation introspective
2.2	E & P	observation introspective observation directe
2.3	E	observation introspective
3.1	E	inventaire d'opinions
3.2	E	par choix forcé

E: élève

P: enseignante

indépendante du groupe et doit témoigner de l'atteinte personnelle des objectifs; même en respectant l'anonymat, on peut proposer des correctifs s'il y a lieu, chaque copie étant numérotée; l'élève n'a qu'à reprendre sa copie corrigée, elle seule connaissant son numéro.

La mesure à interprétation critériée dans le domaine affectif est peu documentée; aussi les épreuves développées pour les fins de cette étude apparaissent peut-être primitives, brutes. A la lumière des informations qu'elles cèderont, leur amélioration pourra se poursuivre. Le lecteur pourra en juger dans les pages qui suivent. Les instruments développés sont présentés aux appendices C, D, E, F, G.

La mesure des objectifs spécifiques

Catégorie 1.1 (conscience)

Ce niveau comme le précise Krathwohl suppose des connaissances pour percevoir les caractéristiques du phénomène. L'élève doit pouvoir, par exemple, percevoir les informations contenues dans un message, les caractéristiques comportementales; à cette étape, il peut distinguer le vrai du faux, ce qui est approprié de ce qui ne l'est pas.

Initialement, l'instrument avait été conçu pour mesurer les objectifs de la catégorie 1.3 (attention préférentielle). Après une analyse plus poussée avec l'aide d'un spécialiste, la conclusion est telle que cette épreuve devrait mesurer plutôt des objectifs de catégorie 1.1 (conscience).

La situation proposée met en cause la "conscience" de l'élève. Une clé de correction permet d'identifier quel objectif spécifique est atteint ou non. Dans cet instrument, ce n'est pas l'opinion de

l'élève qui est recherchée mais seulement si ce dernier peut percevoir que certains gestes sont appropriés, d'autres pas. C'est l'élève qui est la source de l'information.

Il est curieux d'avoir produit une épreuve sans avoir d'objectifs auxquels se référer. Cette erreur de conception suggère que l'interprétation dans le domaine de la mesure critériée et particulièrement dans le domaine affectif est nébuleuse et reste à explorer.

Catégorie 1.2 (volonté de recevoir)

Ce niveau aussi ne contient pas d'objectifs spécifiques, mais cette fois-ci même par erreur, il n'y a pas d'épreuve.

Catégorie 1.3 (attention préférentielle)

L'attention préférentielle ou dirigée peut se mesurer à partir d'un inventaire d'intérêts. Au départ, une épreuve cherchait à quantifier l'importance accordée par l'élève à neuf sujets proposés par les objectifs. De crainte de retrouver tous les sujets classifiés à 4 et 5, il a été plutôt demandé à l'élève d'ordonner les sujets de 1 à 9 selon l'intérêt qu'ils représentaient; l'appendice D présente cette deuxième façon. A posteriori, la première démarche semble la meilleure car elle cède plus de renseignements sur le cheminement individuel des élèves bien que la désirabilité sociale demeure un biais de taille dans cette façon de mesurer. La deuxième démarche où on force l'élève à ordonner les sujets ne renseigne en rien sur l'intérêt réel de l'élève: il peut avoir ordonné les sujets sans qu'il y accorde une "attention préférentielle" ou encore il peut avoir ordonné les sujets en étant très intéressé par chacun.

Catégorie 2.0 (réponse)

a) L'élève

La mesure des objectifs spécifiques du niveau 2.1 (assentiment) doit communiquer l'aspect consentement puisqu'à cette étape l'élève consent à poser des gestes. La première forme d'épreuve élaborée qui se trouve à l'appendice K tentait de reproduire cette intention; or, après réflexion beaucoup d'objectifs, la plupart pouvaient appartenir à ce niveau car le seul fait de communiquer des objectifs à des élèves devient une mesure incitative; donc leur atteinte signifie que l'élève est au moins au niveau 2.1 dans son cheminement affectif; cependant, il est plausible que l'élève soit à un niveau supérieur.

Afin de contourner cette difficulté, une deuxième forme d'épreuve a été élaborée; cette deuxième forme n'est cependant pas exclusive au niveau 2.1 puisqu'elle regroupe la mesure de tous les objectifs choisis (au total quarante-cinq) par l'ensemble des enseignantes du Collège; elle est commune aux niveaux 2.1, 2.2, 2.3; c'est la réponse de l'élève qui situera la qualité de son cheminement. Pour chacun des comportements décrits, l'élève doit répondre si elle le fait "parce qu'on le demande" ou "sans qu'on le demande"; une élève répondant "parce qu'on le demande" serait au niveau 2.1. L'appendice F présente cet instrument.

Pour mesurer la qualité du cheminement de l'élève au niveau 2.2 (volonté de répondre), la même série de comportements décrits doit être mesurée en terme de fréquence; le comportement est réalisé jamais, rarement, souvent. La première forme qui a été développée se retrouve à l'appendice L.

La mesure des objectifs du niveau 2.3 (satisfaction à répondre)

cherche à préciser si l'élève éprouve de la satisfaction à poser les gestes décrits; la première épreuve faite utilisait les descriptions suivantes pour qualifier les comportements: "j'aime le faire", 'je le fais mais sans intérêt", "je n'aime pas le faire" (appendice M). En utilisant l'épreuve commune (appendice F), ce sont les descriptions "sans intérêt' et "avec satisfaction" qui renseigneront sur le niveau d'intériorisation.

L'échelle descriptive utilisée permet d'identifier les nuances relatives à la catégorie 2.0 de la taxonomie de Krathwohl à partir des mêmes comportements énoncés. C'est l'élève qui qualifie son comportement; bien évidemment la désirabilité sociale devient un facteur aberrant avec cette façon de procéder. Mais vu le traitement anonyme de ces données du moins pour les fins de la présente étude, ce biais devrait être réduit; cependant, l'effet de contamination est toujours possible.

b) L'enseignante

L'instrument utilisé pour mesurer les objectifs du niveau 2.0 est l'observation directe du comportement décrit par l'objectif avec une échelle descriptive exprimée en termes de fréquence. Tout comme pour l'instrument destiné aux élèves, celui adressé aux enseignantes regroupe tous les objectifs. La mesure obtenue à partir de cette échelle descriptive ne rend compte que de la fréquence d'apparition du comportement. Il serait peu pratique et peu fiable d'utiliser la même échelle descriptive que celle des élèves. Car comment donc déterminer si l'élève agit par choix personnel ou si tout simplement l'idée d'être évalué sur un comportement gouverne son agir.

L'instrument utilisé par l'enseignante n'a de valeur que dans la

mesure où l'élève intervient avec le sien pour apporter les nuances qualitatives et, où les observations mutuelles se font dans un contexte d'évaluation formative.

Catégorie 3.0 (valorisation)

Les objectifs spécifiques appartenant à ce niveau ont été rejetés d'emblée hormis un: décrire aux parents les mécanismes utilisés par l'enfant pour faire face à la situation d'hospitalisation. Comme les consultations auprès des enseignantes sont postérieures à l'élaboration des instruments, il y a eu des tentatives de développer des épreuves pour les objectifs appartenant à la catégorie 3.0 de Krathwohl.

L'instrument vise à recueillir les opinions particulières des élèves afin de vérifier si l'étape valorisation est atteinte. L'instrument conçu à cette fin cherche à forcer le choix d'un énoncé qui se rapproche le plus possible des comportements décrits sous la rubrique 3.0 (valorisation); l'élève se retrouve dans une situation conflictuelle où différentes valeurs entrent en jeu; l'examen des réponses des élèves devrait révéler quelle valeur gouverne ses opinions. L'appendice G présente la forme définitive mais perfectible de l'épreuve cherchant à mesurer l'atteinte des objectifs de la catégorie 3.0 (acceptation d'une valeur).

Cette phase de planification d'instruments de mesure dégage des règles d'action qui s'apparentent davantage à des constats. 1) Mesurer et évaluer dans le domaine affectif est une entreprise aventureuse, difficile; cette difficulté se reflète dans l'absence de raffinement des instruments actuellement utilisés; leur choix et leur élaboration ne sont guidés par aucune documentation si ce n'est les intentions véhiculées par les catégories de Krathwohl. 2) L'interprétation des

catégories de Krathwohl exige tant de nuances qu'il est facile de s'égarer; à preuve, cet instrument conçu pour mesurer des objectifs de la catégorie 1.3 alors qu'en dernière analyse il mesure des objectifs de la catégorie 1.1 (conscience).

Ce chapitre a présenté l'étape planification, étape primordiale dans cette étude, répondant ainsi aux deux premières questions de recherche: 1) quels sont les objectifs du domaine affectif qui doivent être privilégiés dans les programmes pour le milieu clinique pédiatrique? 2) comment peut-on mesurer l'atteinte des objectifs du domaine affectif en milieu clinique? Le modèle de déduction-induction a permis de mettre au point cette planification si essentielle en précisant les différents niveaux des atteintes selon un processus de déduction-induction et en assurant du même coup une cohérence interne souhaitable. Le chapitre suivant décrira l'étape de la réalisation: les attentes définies lors de la planification seront mesurées avec la clientèle concernée; ce sont ces résultats qui seront examinés non pas pour leur valeur quantitative mais pour leur apport qualitatif à la mesure et évaluation à interprétation critériée dans le domaine affectif.

CHAPITRE V

REALISATION

La phase de réalisation s'est déroulée durant la période de stage des élèves en milieu clinique: le tableau III du chapitre III rend compte des moments d'utilisation des différents instruments. L'utilisation de ces derniers devait permettre de dégager des données qualitatives tant sur la pertinence des objectifs affectifs que sur leur mesure. Les pages subséquentes rendent compte des données accumulées suite à l'utilisation des instruments.

Répertoire des objectifs affectifs

La communication des objectifs affectifs s'est faite quelques jours avant le début des stages; les élèves et les enseignantes ont toutes reçu un exemplaire des attentes spécifiques planifiées pour le milieu clinique. En plus de répondre à des normes d'éthique, la communication des objectifs aux élèves peut, comme a voulu le démontrer Bujold, augmenter l'atteinte de ces comportements.[104] Une étude de Popham et Baker, recencée par Morissette, conclut que

> "... des objectifs appropriés, accompagnés du matériel didactique correspondant, ont un effet de nivellement sur la variable "préparation professionnelle ou académique du personnel enseignant."[105]

Morissette rapporte aussi une étude de Mager et McCann où la communication des objectifs spécifiques a réduit de façon significative le temps nécessaire à l'entraînement des étudiants.[105] La

communication des objectifs est sans contredit essentielle. Les commentaires des étudiantes-infirmières participant à l'étude corroborent ce fait; plusieurs ont mentionné l'utilité d'avoir des objectifs affectifs répertoriés; cela leur permettait de se fixer des objectifs quotidiens de façon précise alors qu'auparavant énoncer des objectifs de type savoir-être était un devoir ardu; les enseignantes ont remarqué aussi cette façon d'utiliser le répertoire. Ce répertoire est vite devenu un "modèle symbolique" auquel l'élève peut s'identifier; il devient une intervention pédagogique par sa seule présence.

Le concept de "modèle symbolique" présente un avantage s'il est combiné avec la persuasion verbale; une étude présentée par Kramer confirme que la persuasion verbale alliée au modèle sont des interventions plus efficaces que si elles sont réalisées isolément.[107] Ce "modèle symbolique" prend de la valeur parce qu'il contribue à renforcer les modèles proposés par les cours théoriques, les échanges enseignantes-élèves et qu'en plus, il peut se traduire en comportements observables. Bien que la présente étude ait omis les activités d'apprentissage, cette constatation renforce le bien-fondé d'avoir des objectifs affectifs clairs, définis. La règle d'action consécutive est évidente: la communication d'objectifs affectifs précis est avantageuse pour l'apprentissage dans le domaine affectif.

Questionnaire (1.1)

Le questionnaire est destiné à mesurer les objectifs affectifs sous la rubrique 1.1 (conscience); cette épreuve a été administrée avant et après le stage en milieu clinique. Le tableau XI fournit les résultats des élèves pour chacun des items avant (A) et après (P) le stage. Les scores avant et après le stage ne varient pas et même,

TABLEAU XI

RESULTATS SUITE A L'ADMINISTRATION DU QUESTIONNAIRE

item \ élève	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		Groupe total	
	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	2
2	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	11	9
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	10
4	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	6	2
5	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	9
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	12
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	12
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	12
9	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	12
11	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	7	6
12	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	11	9
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	11
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	12
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	12
16	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	4	5
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	12
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	11
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	12
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	12
21	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	11	9
22	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	9	9
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	11
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	12
25	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	12
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	12
27	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	8
28	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	10
29	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	10
30	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	3	4
31	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	7	5
32	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	14	10
Total individuel	26	25	28	28	24	25	24	20	27	25	28	25	24	24	24	18	25	25	24	27	29	28	25	24	28	28	26	24		

lorsqu'il y a variation entre le début et la fin, c'est d'un plus haut à un score plus bas, de façon quasi générale. Une telle observation est peu surprenante et entérine les conclusions avancées par Bernier, Morissette et Valiquette à savoir que

> "dans le domaine affectif, les scores de gain sont particulièrement déconseillés. Même leur estimation à l'aide de la régression multiple ne va pas sans difficulté."[108]

La situation de mesure est tellement différente que la comparaison n'a pas de signification.[109] Si la mesure du gain est inutile et impossible, il reste avantageux de mesurer ces objectifs avant et après le stage pour l'interprétation diagnostique que cette épreuve permet; ainsi, des correctifs peuvent être proposés en cours de cheminement, individuellement et collectivement. Une élève dont le score est bas peut être dirigée ou encore l'enseignante a peut-être avantage à choisir d'autres stratégies si elle s'aperçoit que les items se rapportant à telle attitude sont moins bien réussis que d'autres. L'examen des résultats suggère aussi qu'il est plus facile pour l'élève de reconnaître ce qui est approprié de ce qui ne l'est pas. La règle d'action consécutive à ces observations est que sous l'angle de la mesure du gain, une mesure avant - après est inutile; mais sous l'aspect interprétation diagnostique des mesures répétées sont souhaitables; dans ce cas particulier, cela permettait d'identifier si les élèves ont au moins "conscience" qu'il existe des gestes appropriés et non appropriés. La deuxième règle d'action consiste en la possibilité de mettre au point plusieurs items qui mesurent un même objectif; ainsi, les résultats obtenus rendraient compte d'une réalité beaucoup plus juste.

Inventaire d'intérêts (1.3)

L'inventaire d'intérêts mesure les objectifs exigeant l'attention préférentielle de l'élève. L'instrument n'a été utilisé qu'une fois en raison d'une erreur de conception, déjà expliquée au chapitre précédent. Le tableau XII présente les résultats de cette épreuve. Tel que conçue, cette épreuve ne permet qu'une interprétation diagnostique de groupe manquant aux règles de la mesure et évaluation à interprétation critériée. D'après les résultats, le sujet 2 intéresse le plus les élèves; suivent au deuxième et troisième rang les sujets 3 et 1. L'analyse des données cédées par cet instrument inspire la règle d'action suivante: il faudrait ajouter des sujets tout aussi intéressants mais qui concernent d'autres aspects que ceux poursuivis par l'étude; ainsi combinés aux sujets qu'on désire approfondir, il y aurait possibilité de déceler l'orientation des élèves: elle est peut-être plus intéressée par les habiletés psycho-motrice que par les attitudes. Bien évidemment, ayant un choix parmi des sujets de type affectif seulement, on ne peut qu'interpréter l'attention préférentielle en regard de ces sujets; si des choix d'un autre ordre étaient proposés tel cognitif ou psycho-moteur, l'interprétation de l'épreuve serait plus concluante. En même temps, une échelle d'appréciation allant de 1 à 5 favoriserait un diagnostic individuel et habiliterait l'enseignante à proposer des correctifs.

Observation introspective des comportements (2.0)

L'observation introspective permet de qualifier le cheminement de l'élève dans l'intériorisation des attitudes visées par l'étude. Le tableau XIII fournit un échantillon seulement des données, suite à l'interprétation des réponses des élèves; par exemple, une élève

TABLEAU XII

RESULTATS SUITE A L'INVENTAIRE D'INTERETS

élève / sujet	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Total	Rang
1	5	2	3			2	1	8	6	3	5	6	7	6	54	3
2	7	1	2			1	2	7	9	2	6	5	3	5	50	1
3	8	3	1	perte	perte	3	8	1	7	1	1	2	9	7	51	2
4	4	8	6	perte	perte	4	5	2	8	5	3	7	1	8	61	6
5	6	7	5	perte	perte	5	9	3	4	4	7	8	2	9	59	5
6	2	6	7			7	3	9	3	7	8	3	6	2	63	7
7	1	4	4			8	6	5	2	8	4	9	5	1	57	4
8	4	9	9			9	7	4	5	6	2	1	4	3	63	7
9	9	5	8			6	4	6	1	9	9	4	8	4	73	8

TABLEAU XIII

DONNEES SUITE A L'INTERPRETATION DES REPONSES
DES ELEVES POUR L'INSTRUMENT
OBSERVATION INTROSPECTIVES

élève / item	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
1	21	21	31		22	21	22	21		31	23	23	22	23	31	31	23	23	31	23	23	22	23	22	23	23	23	23
2	23	23	23		23	23	22	21		22	23	23	22	23	31	31	23	23	31	23	23	23	23	23	31	31	23	23
3	23	23	31		31	31	22	22		31	23	23	22	23	31	31	31	23	31	31	23	31	23	31	31	31	23	31
4	21	23	21		21	23	23	21		-	23	23	22	23	-	31	-	23	23	23	-	21	22	21	-	-	23	23
5	23	23	21		22	22	-	22		23	-	23	22	23	-	31	23	23	31	23	-	23	23	23	-	23	23	23
6	31	23	21		23	23	22	22		22	23	23	22	23	23	31	23	23	31	23	23	23	23	23	23	23	23	23
7	23	23	23		22	31	22	23		31	22	23	22	23	31	31	31	23	31	31	23	31	23	31	23	23	23	23
8	23	23	22		22	22	22	21		22	23	22	-	23	-	31	23	23	23	23	23	21	22	21	-	23	23	23
9	23	23	31	①	31	31	23	21	①	31	22	23	31	23	31	31	31	23	31	31	23	31	23	31	31	31	23	31
10	23	23	31	↵	31	31	22	21	↵	31	23	23	31	31	31	31	31	31	31	31	23	31	23	31	23	23	31	31
				L					L																			
...																												
36	23	23	31	①	31	31	22	21	①	31	23	23	23	23	31	31	23	23	31	23	23	23	23	31	31	23	31	23
37	23	23	23	↵	23	31	31	21	↵	31	22	22	23	23	31	31	23	23	31	23	23	23	23	31	31	23	31	23
38	23	23	22		31	31	21	22		31	22	22	23	23	31	31	23	23	31	23	23	23	23	23	31	31	31	31
39	23	23	-		-	22	-	22		22	-	-	-	22	31	23	23	23	31	23	23	23	23	31	23	23	23	23
40	23	23	23		31	22	21	22		22	22	22	-	21	31	23	23	23	31	23	23	23	23	23	-	23	23	23
41	23	23	-		-	21	-	22		22	22	22	-	22	23	31	23	23	23	23	31	23	23	23	31	31	31	23
42	23	23	-		-	22	-	22		22	-	-	-	23	23	23	23	23	31	23	23	31	23	23	-	23	31	23
43	23	23	-		22	22	22	21		22	-	-	-	23	23	31	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	31	31
44	23	23	23		22	22	21	22		22	22	22	-	22	23	31	23	23	23	23	23	23	23	23	-	23	31	23
45	23	23	23		23	21	-	22		22	23	23	-	22	23	23	23	23	23	23	-	23	23	23	23	23	31	23

A: après 9 jours de stage
B: après 18 jours de stage

qui répond qu'elle fait telle chose souvent sans qu'on lui demande est cotée à 2.2. Ces observations ont été consignées après neuf jours de stage et à la fin des stages. Que révèlent ces données? 1) Il y a peu de discrimination dans les réponses des élèves; l'uniformité des réponses chez certaines laissent croire qu'on a répondu de façon automatique, surtout la deuxième fois. Cette absence de discrimination se manifeste aussi par le fait de retrouver la majorité des réponses au niveau des catégories 2.3 et 3.1 suggérant ainsi plusieurs explications; ou bien l'introspection est difficile, ou bien les consignes sont mal définies ou bien ces objectifs sont effectivement acquis. 2) On retrouve de plus des situations aberrantes où l'élève semble avoir régressé si on compare les données après neuf et dix-huit jours; cette situation confirme encore les conclusions que la mesure du gain dans le domaine affectif est impossible.[110] De telles données pourraient suggérer que l'élève a élevé ses standards en cours de cheminement. 3) Certains objectifs ne sont même pas abordés; ou bien ça n'intéresse personne ou bien la situation clinique n'en provoque pas l'apprentissage. 4) Une difficulté majeure a vite fait surface; certaines élèves ont perçu cette démarche comme étant exclusive aux fins de l'étude en cours puisque les enseignantes n'utilisaient pas ces outils pour des fins de formation par manque de familiarité avec l'instrument.

Ces constatations amènent l'auteur à proposer les règles d'action suivantes. 1) Il serait sage d'introduire des comportements inappropriés dans l'épreuve afin d'éviter les réponses automatiques. 2) Lors de la construction de cette épr uve, des rapprochements devraient s'établir avec le questionnaire portant sur la connaissance des comportements

appropriés et inappropriés; par exemple, une élève qui répondrait que tel comportement est inapproprié alors qu'il l'est et qui, au niveau de son agir, dit qu'elle le fait régulièrement, renseignerait sur la qualité de l'introspection de l'élève. 3) Le nombre d'items d'un instrument qui exige de l'observation devrait être réduit pour permettre à l'élève de mieux s'observer et ainsi briser la monotonie des réponses. 4) Si c'était à refaire, des pressions devraient s'exercer sur les enseignantes pour qu'elles récupèrent les informations recueillies par cet instrument dans un contexte formatif.

Observation des comportements (2.0)

L'observation des comportements des élèves était destinée à mesurer la fréquence d'apparition des comportements; son utilisation n'a pas été des plus faciles de sorte que les résultats renseignent peu sur le cheminement de l'élève; le tableau XIV rend compte des observations des enseignantes, observations qui sont peu concluantes pour différentes raisons. D'abord, des situations de stage complexes ont obligé une observatrice à mettre en veilleuse l'observation des comportements affectifs; celle-ci se retrouvait dans un champ clinique ultra-spécialisé avec des élèves qui nécessitaient une supervision très serrée au niveau des soins et traitements, vu la nature de l'unité de soins. On peut imaginer facilement que la valeur prédominante était la sécurité physique des enfants. Ces élèves qui en étaient à leur première session de collège III, ayant peu d'expérience clinique pour les soutenir, se retrouvaient, par surcroît, dans un nouveau centre hospitalier. Il va sans dire que l'enseignante devenait la ressource presqu'exclusive au niveau des procédés de soins et ainsi

TABLEAU XIV

DONNEES CEDEES PAR LES
OBSERVATIONS DES ENSEIGNANTES

élève / item	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
1	4	6	4	6	4	6	4	6	4	6	4	6	4	6	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5
2	3	6	4	6	4	6	4	6	5	6	4	6	4	6	6	4	6	4	6	5	6	5	6	5	6	5	6	4
3	3	6	4	6	4	6	5	6	5	6	5	6	4	6	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5
4	5	6	3	6	5	6	3	6	5	6	3	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
5	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
6	4	6	4	6	4	6	4	6	4	4	4	4	4	6	6	4	6	4	6	4	6	4	4	4	6	4	4	6
7	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	5	5	4	5	4	5	4	5	4	5	5	5	3
8	6	6	3	6	6	6	6	6	6	6	3	6	6	6	4	6	4	6	4	6	4	6	5	6	4	6	4	6
9	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	4	6	4	6	4	6	4	6	4	6	4	6	4
10	4	5	4	5	4	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
...																												
36	6	3	6	3	6	4	6	3	6	4	6	4	6	4	5	3	3	3	3	3	3	6	3	3	5	3	4	6
37	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	4	6	4	6	4	2	5	6	5	6	4	6	5	3
38	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	6	6	6	6	2	6	6	6	6	6	6	6	3
39	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	4	6	4	2	4	2	5	6	5	6	4	6	5	6
40	6	6	6	6	6	6	6	6	6	3	6	3	6	3	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
41	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
42	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
43	6	6	6	3	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
44	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	3	6	3	6	3	6	3	6	3	6	3	6	3	6
45	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6

A: après neuf jours de stage
B: après dix-huit jours de stage

1: jamais
2: rarement
3: dans quelques occasions
4: dans la plupart des occasions
5: dans toutes les occasions
6: incapable de répondre

peu d'énergie était disponible pour les fins de la présente étude. De plus, les situations cliniques variant, certains objectifs semblaient inappropriés d'où l'incapacité pour les observatrices de répondre. Le fait d'avoir une myriade de comportements à observer a contribué aussi à diluer l'attention des observatrices. Ce constat d'échec est toutefois riche de règles d'action.

1) Puisqu'il semble difficile pour l'enseignante d'observer des comportements de type affectif et d'en mesurer leur fréquence, il serait peut être avantageux de laisser l'élève qualifier son propre comportement et de l'aider dans son cheminement à la lumière des informations qu'elle apporte. Cette situation est cependant aberrante puisque la problématique de cette étude tire ses origines du malaise ressenti par les enseignantes lorsqu'elles évaluaient les étudiantes; alors qu'on a cru que des objectifs plus précis faciliteraient la mesure et l'évaluation, c'est aussi l'incapacité d'observer qui est à l'origine du malaise. Si tel est le cas, des recherches ultérieures devraient s'intéresser à développer des instruments d'observation par échantillonnage de temps ou encore mettre au point des simulations qui génèrent des situations tout aussi complexes et exigeantes que celles rencontrées en milieu clinique. 2) Les difficultés rencontrées suggèrent une réduction du nombre de comportements à observer; Borg et Gall mentionnent qu'au-delà de dix comportements, les observateurs ont besoin d'habiletés plus qu'extraordinaires pour mener à bien leur évaluation.[111] Tout en conservant un vaste répertoire d'objectifs, l'enseignante pourrait en choisir quelques uns seulement qui concordraient davantage avec le milieu clinique où évoluent les élèves et avec les niveaux d'intériorisation des élèves. Ainsi, si dans une

unité, l'élève ne soigne pas d'enfants d'âge préscolaire, certains objectifs peuvent être oubliés; ou encore si les apprentissages cliniques se font de soirée, la présence des parents sera déterminante dans le type d'objectifs affectifs choisis. De cette façon, le répertoire devient une banque d'objectifs, de comportements à partir de laquelle on fait un triage qui convient; on pourrait hypothétiquement retenir cinq comportements par semaine. En choisissant ainsi peu d'objectifs, il y a des chances qu'enseignantes et élèves centrent leur attention sur ceux-là et développent des façons de les travailler; de cette façon, on peut penser à une intériorisation plus efficace des comportements et même à un transfert à d'autres comportements favorisant une intégration des attitudes. D'ailleurs, les résultats de l'étude de Bujold permettent d'avancer, prudemment toutefois que:

> "... la communication d'objectifs affectifs exprimés en termes de comportements observables augmente l'atteinte d'objectifs incidents, c'est-à-dire d'objectifs similaires, mais non communiqués."[112]

Ainsi, même si tous les objectifs répertoriés n'étaient pas mesurés et évalués, plusieurs d'entre eux risquent d'être atteints par transfert.

Inventaire d'opinions

L'inventaire d'opinions cherche à mesurer quelle valeur prédomine chez l'élève à partir de ses opinions sur des situations conflictuelles. Le tableau XV fournit les résultats des élèves avant (A) et après (P) le stage en milieu clinique. Comme pour le questionnaire, on ne peut mesurer le gain pour les raisons déjà

TABLEAU XV

RESULTATS SUITE A L'INVENTAIRE D'OPINIONS

élève / item	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		Groupe Total	
	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P
1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	4	6
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	2
3	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	8	5
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	14
5	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	1
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	6	6
8	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	6	7
9	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	12	10
10	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	7	7
11	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	13
12	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	4	4
13	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	10	14
14	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	9	8
15	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	14
Total individuel	6	8	10	9	8	8	5	7	6	8	8	7	7	6	8	9	9	9	10	10	9	9	7	5	7	7	12	10		

mentionnées. Bien que cette épreuve était destinée à mesurer des objectifs qui n'apparaissent pas au répertoire définitif, il demeure intéressant de vérifier quel aspect prévaut chez l'élève. La règle d'action consécutive se précise ainsi: la mise au point d'un plus grand nombre de situations conflictuelles qui appellent l'élève à résoudre le conflit en choisissant une valeur permettrait des inférences plus justes quant à l'aspect valorisé par l'élève quand elle soigne un enfant malade.

Ce chapitre a retracé les résultats obtenus suite à l'utilisation des épreuves conçues pour mesurer les objectifs répertoriés à l'appendice J. L'interprétation des résultats ramène l'auteur à la troisième question de recherche: quels sont les objectifs du domaine affectif qui sont atteints lors des stages en milieu clinique? Il n'y a pas de réponse formelle à cette question. Les résultats suite à l'utilisation des épreuves ont éclairé davantage la mécanique de la mesure et de l'évaluation que l'atteinte proprement dite des objectifs.

Le chapitre précédent avait répondu du moins théoriquement à la deuxième question de recherche: comment peut-on mesurer l'atteinte des objectifs du domaine affectif lors des stages? Pratiquement, on se retrouve vite dans une impasse quand on a recours à l'observation des comportements que ce soit par l'élève ou par l'enseignant. L'issue semble résider dans le choix concerté de l'élève et de l'enseignante de quelques comportements parmi un répertoire sur lesquels l'attention doit être portée. En plus de permettre des observations plus efficaces, ils alimenteraient des prises de décision plus conséquentes. D'autres avenues s'offrent: la structuration d'autres formes de mesure telles l'observation par échantillonnage de temps ou

encore la mise au point de simulations. D'aucuns verront immédiatement l'émergence d'activités d'apprentissage dont le foyer principal serait le domaine affectif.

CONCLUSION

La présente étude avait pour but de définir un champ précis d'objectifs du domaine affectif en milieu clinique pédiatrique et d'en explorer les répercussions sur le rendement des étudiantes-infirmières. Suite à l'étude, il appert que la planification de ces attentes ne pose pas de problème; bien qu'ardue, cette tâche demeure réalisable. Quant aux répercussions sur le rendement des élèves, elles sont plus difficiles à cerner. Cependant, ce rendement peut se mesurer; quoique les instruments de mesure utilisés dans cette étude soient élémentaires, il semble possible d'en développer; la pierre d'achoppement n'est pas tant la conception de l'instrument lui-même que son utilisation en milieu clinique. Ainsi la difficulté exprimée par les enseignantes à évaluer la dimension affective dans l'apprentissage des soins infirmiers ne semble pas résider dans le seul fait d'avoir des objectifs vagues, imprécis, comme le prétendait l'énoncé du problème, puisque, même avec des attentes plus précises, une incapacité à saisir, à observer les comportements indicateurs persiste. Bien malgré les enseignantes en cause dans l'étude, il semble que la cible de leurs observations n'a pu s'élargir sur la dimension affective; du côté des élèves, la fiabilité de leur introspection demeure un problème entier. Le malaise ainsi précisé amène à des solutions où l'instrument de mesure oblige l'enseignante à échantillonner le temps d'observation, où des simulations mettent en jeu les attitudes privilégiées.

Une intuition de l'auteur reste à vérifier: les situations

cliniques ne permettent peut-être pas à l'enseignante de se concentrer autant sur la mesure de l'aspect affectif que sur la mesure des aspects cognitif et psycho-moteur bien que celle-ci le souhaiterait; nombreux sont les facteurs à investiguer qui ont poids dans cette condition. Une exploration de cet aspect serait sûrement éclairante.

Une autre avenue reste à scruter, c'est celle des interventions pédagogiques. Afin de donner une dimension raisonnable à cette étude, l'auteur a intentionnellement omis la planification des activités d'apprentissage; et pourtant cette étape fait partie d'un modèle d'enseignement; c'est pourquoi une étude ultérieure devrait se pencher sur la planification d'interventions pédagogiques systématiques axées spécifiquement sur le domaine affectif.

La présente étude bien que peu concluante au niveau du rendement des élèves en milieu clinique offre des ouvertures à partir des règles d'action énoncées au fur et à mesure des phases de planification et de réalisation. Il serait souhaitable que des éducateurs intéressés fouillent les questions soulevées ou approfondissent les conclusions pour apporter des réponses éclairantes.

APPENDICES

APPENDICE A

VALEURS, ATTITUDES, COMPORTEMENTS

DU

DOMAINE AFFECTIF

COLLÈGE DE VALLEYFIELD

AUX : Responsables du cours 180-401 et autres intéressés

DE : Louise M. Lessard

DATE : Le 1er décembre 1982

OBJET : Subvention de la D.G.E.C. dans le cadre de PROSIP

Bonjour,

Cette année, je bénéficie d'une subvention de la D.G.E.C. dans le cadre de PROSIP. Le titre initial du projet était: "L'apprentissage de la dimension affective en soins infirmiers pédiatriques: étude de l'interaction élève-professeur en milieu clinique".

A cette étape-ci du projet, par ailleurs en voie de transformation, j'ai besoin de vos suggestions afin de mieux cerner le cadre théorique qui détermine les valeurs affectives, les attitudes, les habitudes de comportement privilégiées dans l'enseignement des soins infirmiers pédiatriques.

Aussi, je sollicite votre collaboration et vous demande de me faire parvenir d'ici le 20 décembre 1982 vos suggestions relatives aux valeurs, attitudes et comportements que vous trouvez important à acquérir pour des étudiantes-infirmières en 180-401.

De plus, si vous connaissez des documents qui pourraient être utiles, je souhaite que vous m'en informiez.

Votre aide me sera précieuse et soyez assurés de ma gratitude.

Lyn Lessard

Louise M. Lessard, enseignante,
Techniques infirmières,
Collège de Valleyfield.

p.j.: feuille réponse,
enveloppe de retour

LML/cc

FEUILLE REPONSE

Quels aspects trouvez-vous importants dans l'apprentissage des soins infirmiers pédiatriques sur le plan affectif?

Exemples d'attitudes:
. attitude chaleureuse
. attitude de compréhension

Exemple de comportements:
. procure des stimulations sensorielles et tactiles pour le plaisir ou pour consoler

Attitudes: _____

_____

_____

_____

_____

Valeurs: _____

_____

_____

_____

_____

Comportements: _____

_____

_____

_____

APPENDICE B

REPERTOIRE DES OBJECTIFS AFFECTIFS

DOCUMENT DE TRAVAIL

REPERTOIRE D'OBJECTIFS AFFECTIFS

Niveau A

ATTENTE GLOBALE: développer des attitudes aidantes (empathie, respect chaleureux, autehnticité, spécificité) à l'intérieur d'une relation interpersonnelle

Niveau B

OBJECTIFS GENERAUX: réception
réponse
valorisation

Niveau C

OBJECTIFS SPECIFIQUES: comportements indicateurs

Niveau D

TACHES PARTICULIERES: épreuves (n'apparaissent pas dans ce premier document)

Respect chaleureux

Objectifs généraux	Indicateurs (exemples)
1.0 Réception	
1.1 Conscience L'élève prend conscience de l'existence de gestes ou paroles qui témoignent le respect.	
1.2 Volonté de recevoir L'élève accepte d'apprendre les caractéristiques d'une attitude de respect.	
1.3 Attention dirigée L'élève prête attention aux messages relatifs à l'expression du respect chaleureux.	... est attentif aux gestes et paroles qui communiquent un souci pour les sentiments et expériences de l'enfant hospitalisé et de ses parents. ... montre de l'intérêt pour le jeu comme moyen d'expression de l'enfant hospitalisé.

Respect chaleureux

Objectifs généraux	Indicateurs (exemples)
2.0 Réponse	
2.1 Assentiment L'élève consent à examiner son comportement relativement à l'attitude de respect chaleureux.	... accepte d'identifier et d'analyser à travers ses réactions verbales et non verbales les éléments qui traduisent qu'il accepte l'enfant et/ou les parents. ... remet aux parents les feuillets d'explication concernant le séjour de l'enfant à l'hôpital.
2.2 Volonté de répondre L'élève s'engage lui-même dans des interactions qui transmettent le respect envers les parents et l'enfant hospitalisé.	... demande spontanément aux parents d'apporter des objets familiers à l'enfant. ... isole l'enfant pour ses soins personnels ou un traitement. ... salue l'enfant à son arrivée et à son départ. ... procure à l'enfant des stimulations sensorielles ex. bercer, chanter, caresser.
2.3 Satisfaction à répondre L'élève éprouve de la satisfaction à adopter un comportement qui traduit le respect.	... explique avec courtoisie la routine de l'admission. ... accueille les parents et l'enfant à l'admission avec un sourire.

Respect chaleureux

Objectifs généraux	Indicateurs (exemples)
3.0 Valorisation	
3.1 Acceptation d'une valeur L'élève attache de l'importance à témoigner du respect envers les parents et l'enfant hospitalisé.	... retarde sa pause-café pour s'occuper de l'enfant qui a un traitement ou qui en revient. ... cherche à connaître le prénom des autres enfants de l'unité.
3.2 Préférence pour une valeur L'élève prévilégie l'attitude de respect chaleureux dans son comportement.	... apporte du matériel de la maison pour amuser les enfants. ... persuade les parents de rester auprès de leur enfant dans les limites qui leur sont possibles.
3.3 Engagement L'élève accorde tellement d'importance à cette attitude qu'il tente de convaincre les autres à l'adopter.	... organise des activités récréatives centrées sur les intérêts et possibilités des enfants de l'unité. ... organise des activités d'information relative à un traitement pour un petit groupe homogène d'enfants.

Empathie

Objectifs généraux	Indicateurs (exemples)
1.0 Réception	
1.1 L'élève perçoit le monde émotif entourant l'hospitalisation de l'enfant.	
1.	
1.2 L'élève se sensibilise aux réactions des parents et de l'enfant hospitalisé ainsi qu'aux facteurs qui les entourent.	
1.3 L'élève prête attention au monde émotif de l'enfant hospitalisé et à celui des parents.	... écoute avec attention lorsqu'on aborde le sujet des réactions émotives et des comportements spécifiques à l'âge de l'enfant hospitalisé.

Empathie

Objectifs généraux	Indicateurs (exemples)
2.0 Réponse	
2.1 L'élève consent à se centrer sur le monde émotif des parents et de l'enfant hospitalisé.	... accepte de colléger des données sur les réactions émotives des parents et des enfants. ... fait des lectures obligatoires sur le sujet des réactions émotives des parents et de l'enfant hospitalisé. ... accepte d'observer certaines règles dans sa communication avec les parents et l'enfant hospitalisé ex. reformuler le contenu émotif.
2.2 L'élève choisit il(elle)-même des interventions qui témoignent de l'empathie envers le vécu des parents de l'enfant hospitalisé.	... s'enquiert de la préparation de l'enfant à l'hospitalisation lors de l'histoire nursing. ... stimule les parents par des questions ou autre moyen à exprimer leurs sentiments envers l'hospitalisation de leur enfant. ... encourage l'enfant à identifier ses émotions et ses craintes par des questions, le jeu, des histoires.
2.3 L'élève aime faire des efforts pour devenir compréhensif(ve), empathique envers les parents et l'enfant hospitalisé.	... participe avec entrain aux mise en commun sur les réactions des parents et de l'enfant hospitalisé (questions pertinentes, idées apportées). ... poursuit même après les activités d'apprentissage structurées son analyse (par des conversations, lectures) re: hospitalisation de l'enfant.

Empathie

Objectifs généraux	Indicateurs (exemples)
3.0 Valorisation	
3.1 L'élève trouve important d'adopter une attitude de compréhension empathique au point de s'en faire un devoir.	... se documente sur différents moyens (jeux, histoires) susceptibles de lui aider à comprendre la réalité de l'enfant hospitalisé.
3.2 L'élève manifeste sa préférence à être empathique au point d'y consacrer du temps, de l'énergie.	... décrit aux parents les mécanismes utilisés par l'enfant pour faire face à l'hospitalisation. ... aide ses compagnes à cerner la réalité émotive de l'enfant hospitalisé (conférence post-clinique).
3.3 L'élève est convaincu(e) de la valeur aidante de l'empathie dans sa relation auprès des parents et de l'enfant hospitalisé.	... persuade le personnel à explorer le monde émotif de l'enfant. ... organise des activités pour explorer le monde émotif de l'enfant hospitalisé (conférence d'équipe, jeux, histoires).

Authenticité

Objectifs généraux	Indicateurs (exemples)
1.0 Réception	
1.1 L'élève prend conscience des facteurs qui influencent le caractère authentique d'une relation.	
1.2 L'élève se sensibilise à la valeur aidante d'une attitude authentique auprès des parents et de l'enfant hospitalisé.	
1.3 L'élève prête attention aux critères d'authenticité dans un message verbal ou/et non verbal.	... décèle, remarque les incongruences d'un message à partir d'un film ou d'une situation fictive. ... est attentive aux sentiments sous-jacents des messages verbaux et non verbaux.

Authenticité

Objectifs généraux	Indicateurs (exemples)
2.0 Réponse	
2.1 L'élève consent à étudier le caractère authentique de sa relation avec les parents et l'enfant hospitalisé.	... consent à identifier ses propres sentiments dans ses interactions avec l'enfant et les parents. ... consent à examiner les réactions verbales et non verbales provoquées par ses sentiments dans ses interactions
2.2 L'élève cherche spontanément à adopter une attitude authentique avec les parents et l'enfant hospitalisé.	... exprime ses propres sentiments en temps opportun à l'enfant et/ou aux parents. ... relève spontanément des contradictions dans ces comportements verbaux et non verbaux.
2.3 L'élève éprouve de la satisfaction à être authentique dans sa relation avec les parents et l'enfant hospitalisé.	... recherche des exemples d'authenticité autour de lui et en discute spontanément.

Authenticité

Objectifs généraux	Indicateurs (exemples)
3.0 Valorisation	
3.1 L'élève accorde de l'importance à être authentique dans sa relation avec les parents et l'enfant hospitalisé.	... ne cherche pas à se retirer dans des situations difficiles.
3.2 L'élève manifeste sa préférence pour cette attitude dans son comportement quotidien.	... suggère aux parents de répondre honnêtement aux questions de l'enfant.
3.3 L'élève attache tellement d'importance à l'authenticité qu'il tente d'influencer les autres.	... persuade le personnel, ses compagnes, les parents à exprimer leurs sentiments réels à l'enfant.

Spécificité

Objectifs généraux	Indicateurs (exemples)
1.0 Réception	
1.1 L'élève est conscient des qualités de spécificité d'un message.	
1.2 L'élève accepte d'apprendre les critères de spécificité dans une communication.	
1.3 L'élève porte une attention particulière au caractère "spécifique" des communications.	... distingue les éléments d'un message verbal et non verbal qui sont clairs, précis, concrets spécifiques.

Objectifs généraux	Indicateurs (exemples)
2.0 Réponse	
2.1 L'élève répond à l'invitation d'adopter une attitude de spécificité dans ses interactions avec les parents et l'enfant hospitalisé.	... consent à analyser le contenu de ses interactions selon les critères de spécificité.
2.2 L'élève utilise de lui-même des paroles et/ou des gestes qui sont "spécifiques".	... pose des questions pertinentes, en nombre limité, adaptées à l'âge de l'enfant. ... explique aux parents les règlements de l'hôpital. ... se présente à l'enfant et aux parents en s'identifiant comme étudiant(e)-infirmier(e).
2.3 L'élève éprouve de la satisfaction à poser des gestes ou à parler de façon à être spécifique.	

Objectifs généraux	Indicateurs (exemples)
3.0 Valorisation	
3.1 L'élève accorde de l'importance à l'attitude de spécificité au point de s'en faire un devoir.	... a l'habitude de spécifier à l'enfant comment il peut participer à un traitement, un soin ex. position, geste, etc.
3.2 L'élève prévilégie l'attitude de spécificité dans ses interactions quotidiennes.	... justifie auprès des parents la nécessité de préciser l'heure du retour et de leurs visites à l'enfant en termes concrets.
3.3 L'élève est tellement convaincue de la valeur de cette attitude qu'il cherche à provoquer cette attitude chez autrui.	... insiste auprès du personnel et de ses pairs pour qu'on précise à l'enfant ce qui lui arrivera.

APPENDICE C

QUESTIONNAIRE

Voici une situation courante où l'on retrouve deux étudiantes-infirmières.

Que pensez-vous de leurs gestes et/ou paroles? Cochez pour chaque item votre opinion dans la colonne appropriée.

Si vous croyez que le geste et/ou la parole illustrée à l'item 1 est appropriée, vous inscrivez un crochet dans la colonne "c'est approprié". Si, au contraire, vous jugez que c'est inapproprié, inscrivez un crochet dans la colonne "c'est inapproprié". Si vous n'avez pas d'opinion, vous notez dans la colonne "je ne sais pas".

Avisée, par le service d'accueil, Joëlle, étudiante-infirmière, reçoit Benoît âgé de 3 ans et ses parents pour admission à l'unité.

	C'est approprié	C'est inapproprié	Je ne sais pas
1. "Bonjour... Si vous voulez vous installer dans la pièce là, je vous rejoindrai dans un moment, car j'ai des questions à vous poser" dit Joëlle, souriante.			
2. "Toi, mon petit bonhomme, tu devrais aller à la salle de jeux en attendant d'accord?"			
3. "C'est là-bas, au bout du corridor." Joëlle pointe du doigt la salle de jeux.			

Benoît tire le bras de sa mère qui lui dit qu'il se doit d'être raisonnable. Son père va le conduire à la salle de jeux. Quand son père est de retour Joëlle procède à l'entrevue initiale. Elle apprend que l'objet préféré de Benoît est un "nounours" qu'il a laissé dans l'auto, qu'il préfère jouer seul, qu'il adore faire du casse-tête, qu'il est parfois colérique, qu'il a peur des "docteurs".

	C'est approprié	C'est inapproprié	Je ne sais pas
4. "Moi, aussi j'ai eu longtemps peur de tout ce qui ressemblait à un "docteur". Et maintenant me voilà étudiante-infirmière. Voyez çà se passe" dit Joëlle sur un ton rassurant.			

Benoît sera opéré le lendemain. Les parents ne pourront venir que ce soir et demain soir. Benoît ne sait pas qu'il sera opéré. Ses parents ont pensé ne pas lui en parler pour ne pas l'énerver.

	C'est approprié	C'est inapproprié	Je ne sais pas
5. Joëlle explique aux parents qu'elle croit comprendre leurs craintes.			
6. Elle leur souligne les avantages d'aviser leur fils de ce qui lui arrivera demain en utilisant des termes simples.			

Un échange s'engage entre Joëlle et les parents.

	C'est approprié	C'est inapproprié	Je ne sais pas
7. "Si vous devez partir maintenant faites-le mais avisez votre fils."			
8. "C'est fort probable qu'il pleurera."			
9. "J'irai le voir après votre départ pour faire sa connaissance et le consoler."			
10. "N'oubliez pas de lui ramener son ourson ce soir. C'est important qu'il l'ait avec lui."			

Benoît est opéré le lendemain matin. Le surlendemain, son pan
ment doit être changé. L'infirmière de nuit en avait parlé av
Benoît, semble-t-il. Joëlle entre dans la chambre de Benoît.

	C'est approprié	C'est inapproprié	
11. "Viens-tu Benoît? Nous allons refaire ton pansement."			
12. "Non, non, non" proteste Benoît qui lance son ourson vers Joëlle. Souriante, elle lui dit "Bien voyons donc Benoît, tu n'as pas raison de te fâcher comme ça. Un grand garçon comme toi."			
13. "Non, je ne veux pas aller avec toi." "Tu dis ça sur un ton et avec un air choqué. Qu'est-ce qui se passe. Raconte-moi" insiste Joëlle.			
14. Après avoir écouté Benoît raconter ses peurs, Joëlle dit			
15. "Tiens si tu faisais le pansement à ton nounours.			
16. "Quand tu auras terminé, viens me rejoindre dans cette salle-là d'accord?"			

Pendant ce temps, Joëlle prépare le plateau à pansement avec Mathilde, sa compagne. Après dix minutes, elle va chercher Benoît qui est encore dans sa chambre, pleurnichant.

	C'est approprié	C'est inapproprié	Je ne sais pas
17. Joëlle s'accroupit et lui dit			
18. "Tu viens avec moi, je te présenterai Mathilde qui fera le pansement."			
19. "Je resterai avec toi."			
20. "Amène ton "nounours"."			

Joëlle amène Benoît à la salle de traitement et présente Mathilde à ce dernier. Elle allonge Benoît sur la table de traitement.

	C'est approprié	C'est inapproprié	Je ne sais pas
21. "Tu ne dois pas bouger."			
22. "Regarde-moi dans les yeux."			
23. "Mathilde va enlever le diachylon: ça va tirer... et hop... voilà."			
24. "Maintenant, elle nettoie avec les tiges; c'est chaud sur ta peau."			

Benoît grimace et bouge. Il pleurniche.

	C'est approprié	C'est inapproprié	Je ne sais pas
25. "Bien non, ça ne fait pas mal. Tu n'as pas besoin de pleurer. C'est presque fini" dit Mathilde.			
26. "Il me reste qu'à appliquer l'onguent et mettre une compresse. Ce sera un peu froid sur ta peau avec la crème.			

Le pansement est terminé. Benoît se lève mais pleurniche encore. "Je veux voir maman."

	C'est approprié	C'est inapproprié	Je ne sais pas
27. "Viens Benoît, veux-tu que je te berce?" dit Joëlle.			
28. Joëlle prend Benoît et le berce.			
29. "Quand tout ira mieux on commencera le casse-tête" reprend Joëlle.			
30. "Je veux voir maman." "Tes parents viendront ce soir. Ne t'inquiète pas."			
31. "Va jouer dans la salle de jeux; c'est plein d'amis là-bas."			
32. "Je dois partir maintenant. Je serai ici demain après ton dodo."			

APPENDICE D

INVENTAIRE D'INTERETS

On aimerait déterminer quel genre de sujets vous aimeriez approfondir en classe, pré ou post-clinique. Identifiez votre préférence en inscrivant un chiffre (1 à 9) dans la colonne de droite pour chacun des sujets: 1 signifie que c'est votre premier choix, 2 votre deuxième choix et ainsi de suite.

	Votre choix (1 à 9)
1. Réactions émotives de l'enfant hospitalisé	
2. Comportements de l'enfant hospitalisé selon les âges	
3. Causes probables des réactions de l'enfant hospitalisé	
4. Réactions des parents des enfants hospitalisés	
5. Sources d'anxiété des parents des enfants hospitalisés	
6. Messages verbaux et non-verbaux transmis	
7. Répercussions des messages des soignants sur le climat socio-émotif de l'hospitalisation	
8. Jeu comme moyen d'expression de l'enfant	
9. Sentiments sous-jacents aux messages verbaux et non-verbaux	

APPENDICE E

OBSERVATION DES COMPORTEMENTS PAR LES ENSEIGNANTES

1. jamais
2. rarement
3. dans quelques occasions
4. dans la plupart des occasions
5. dans toutes les occasions
6. incapable de répondre

L'ELEVE A L'HABITUDE DE(D')

Se présenter à l'enfant et aux parents en s'identifiant comme élève.

Initier le contact avec l'enfant en présence des parents (verbalement et/ou par le toucher).

Accueillir les parents et l'enfant avec un sourire.

Nom de l'élève								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								

1. jamais
2. rarement
3. dans quelques occasions
4. dans la plupart des occasions
5. dans toutes les occasions
6. incapable de répondre

L'ELEVE A L'HABITUDE DE(D')

Expliquer avec courtoisie aux parents et à l'enfant la routine de l'admission.

Créer un climat propice à l'entrevue (durée, endroit).

Poser des questions aux parents sur la routine les habitudes de vie de l'enfant.

Nom de l'élève								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								

1. jamais
2. rarement
3. dans quelques occasions
4. dans la plupart des occasions
5. dans toutes les occasions
6. incapable de répondre

L'ELEVE A L'HABITUDE DE(D')

Nom de l'élève								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								

Poser des questions adaptées à l'âge de l'enfant.

Orienter les parents et l'enfant dans l'unité de soins (lieux, horaire).

Saluer l'enfant et les parents à l'arrivée et au départ.

1. jamais
2. rarement
3. dans quelques occasions
4. dans la plupart des occasions
5. dans toutes les occasions
6. incapable de répondre

L'ELEVE A L'HABITUDE DE(D')

Interpeller l'enfant par son prénom.

S'accroupir à la hauteur de l'enfant pour lui parler.

Nom de l'élève								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								

1. jamais
2. rarement
3. dans quelques occasions
4. dans la plupart des occasions
5. dans toutes les occasions
6. incapable de répondre

L'ELEVE A L'HABITUDE DE(D')

S'approcher des parents et de l'enfant quand on leur parle.

Regarder les parents et l'enfant dans les yeux quand on leur adresse la parole.

Répondre aux questions des parents et de l'enfant avec honnêteté.

Nom de l'élève								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								

1. jamais
2. rarement
3. dans quelques occasions
4. dans la plupart des occasions
5. dans toutes les occasions
6. incapable de répondre

L'ELEVE A L'HABITUDE DE(D')

Décrire aux parents les mécanismes utilisés par l'enfant pour faire face à la situation.

Inviter les parents à rester auprès de leur enfant (dans les limites du possible).

Inviter les parents à participer aux soins personnels de leur enfant.

Nom de l'élève								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								

1. jamais
2. rarement
3. dans quelques occasions
4. dans la plupart des occasions
5. dans toutes les occasions
6. incapable de répondre

L'ELEVE A L'HABITUDE DE(D')

Nom de l'élève								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								

Rester avec l'enfant après le départ des parents.

Permettre à l'enfant de pleurer, de se fâcher.

Etablir des limites avec l'enfant (ex. ne pas se blesser, ne pas blesser autrui).

1. jamais
2. rarement
3. dans quelques occasions
4. dans la plupart des occasions
5. dans toutes les occasions
6. incapable de répondre

L'ELEVE A L'HABITUDE DE(D')

Prendre l'enfant pour le faire boire ou manger (selon l'âge).

Procurer des stimulations sensorielles à l'enfant (bercer, chanter, caresser).

Prendre le temps de s'asseoir et/ou jouer avec l'enfant.

Nom de l'élève								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								

1. jamais
2. rarement
3. dans quelques occasions
4. dans la plupart des occasions
5. dans toutes les occasions
6. incapable de répondre

L'ELEVE A L'HABITUDE DE(D')

Aviser au préalable l'enfant qu'il aura un traitement (selon l'âge).

Utiliser le jeu pour identifier les fantaisies, les craintes de l'enfant.

Vérifier la compréhension de l'enfant face à un traitement en lui demandant de reformuler l'information par le jeu ou verbalement.

Nom de l'élève								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								

1. jamais
2. rarement
3. dans quelques occasions
4. dans la plupart des occasions
5. dans toutes les occasions
6. incapable de répondre

L'ELEVE A L'HABITUDE DE(D')

Utiliser des descriptions qui rejoignent le niveau intellectuel de l'enfant dans les explications.

Utiliser un vocabulaire non menaçant pour les explications.

Faire toucher et explorer à l'enfant le matériel inoffensif ex. stéthoscope.

Nom de l'élève								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								

1. jamais
2. rarement
3. dans quelques occasions
4. dans la plupart des occasions
5. dans toutes les occasions
6. incapable de répondre

L'ELEVE A L'HABITUDE DE(D')

Nom de l'élève								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								

Manipuler, toucher l'enfant avec douceur lors des soins et des traitements.

Accompagner l'enfant pour différents traitements ou examens.

Spécifier à l'enfant comment il peut participer au traitement (position, geste, respiration, etc.).

1. jamais
2. rarement
3. dans quelques occasions
4. dans la plupart des occasions
5. dans toutes les occasions
6. incapable de répondre

L'ELEVE A L'HABITUDE DE(D')

Attendre que l'enfant se calme avant de commencer un traitement.

Utiliser le jeu pour faire accepter un traitement à l'enfant.

Parler à l'enfant durant les soins et traitements.

Nom de l'élève								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								

1. jamais
2. rarement
3. dans quelques occasions
4. dans la plupart des occasions
5. dans toutes les occasions
6. incapable de répondre

L'ELEVE A L'HABITUDE DE(D')

Nom de l'élève								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								

Rester auprès de l'enfant durant et après un traitement.

Réconforter l'enfant après un traitement (verbalement ou non verbalement).

Centrer la conversation sur les inquiétudes, les intérêts des parents et de l'enfant.

1. jamais
2. rarement
3. dans quelques occasions
4. dans la plupart des occasions
5. dans toutes les occasions
6. incapable de répondre

L'ELEVE A L'HABITUDE DE(D')

Exprimer à l'enfant qu'on comprend ses sentiments de peur, de colère, etc.

Exprimer ses propres sentiments en temps opportun à l'enfant et aux parents.

Clarifier avec l'enfant ses émotions, ses craintes par des questions, jeux, histoires.

Nom de l'élève								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								

1. jamais
2. rarement
3. dans quelques occasions
4. dans la plupart des occasions
5. dans toutes les occasions
6. incapable de répondre

L'ELEVE A L'HABITUDE DE(D')

Identifier ses propres sentiments lors de ses contacts avec les parents et l'enfant.

Analyser ses propres sentiments et les réactions verbales et non-verbales qu'ils engendrent.

Relever des contradictions dans ses propres comportements.

Nom de l'élève								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
1								
2								
3								
4								
5								
6								

APPENDICE F

OBSERVATION INTROSPECTIVE

	Jamais	Rarement	Souvent	Parce qu'on le demande	Sans qu'on le demande	Sans intérêt	Avec satisfaction	C'est une deuxième nature
Se présenter à l'enfant et aux parents en s'identifiant comme élève, je le fais ...								
Initier le contact avec l'enfant en présence des parents (verbalement et/ou par le toucher), je le fais ...								
Accueillir les parents et l'enfant avec un sourire, je le fais ...								
Expliquer avec courtoisie aux parents et à l'enfant la routine de l'admission, je le fais ...								
Créer un climat propice à l'entrevue (durée, endroit), je le fais ...								
Poser des questions aux parents sur la routine les habitudes de vie de l'enfant, je le fais ...								
Poser des questions adaptées à l'âge de l'enfant, je le fais ...								

	Jamais	Rarement	Souvent	Parce qu'on le demande	Sans qu'on le demande	Sans intérêt	Avec satisfaction	C'est une deuxième nature
Orienter les parents et l'enfant dans l'unité de soins (lieux, horaire), je le fais ...								
Saluer l'enfant et les parents à l'arrivée et au départ, je le fais ...								
Interpeller l'enfant par son prénom, je le fais ...								
S'accroupir à la hauteur de l'enfant pour lui parler, je le fais ...								
Marcher au rythme de l'enfant quand on l'accompagne, je le fais ...								
S'approcher des parents et de l'enfant quand ou leur parle, je le fais ...								
Regarder les parents et l'enfant dans les yeux quand on leur adresse la parole, je le fais ...								

	Jamais	Rarement	Souvent	Parce qu'on le demande	Sans qu'on le demande	Sans intérêt	Avec satisfaction	C'est une deuxième nature
Répondre aux questions des parents et de l'enfant avec honnêteté, je le fais ...								
Décrire aux parents les mécanismes utilisés par l'enfant pour faire face à la situation, je le fais ...								
Inviter les parents à rester auprès de leur enfant (dans les limites du possible), je le fais ...								
Inviter les parents à participer aux soins personnels de leur enfant, je le fais ...								
Rester avec l'enfant après le départ des parents, je le fais ...								
Permettre à l'enfant de pleurer, de se fâcher, je le fais ...								
Etablir des limites avec l'enfant (ex. ne pas se blesser, ne pas blesser autrui), je le fais ...								

	Jamais	Rarement	Souvent	Parce qu'on le demande	Sans qu'on le demande	Sans intérêt	Avec satisfaction	C'est une deuxième nature
Prendre l'enfant pour le faire boire ou manger (selon l'âge), je le fais ...								
Procurer des stimulations sensorielles à l'enfant (bercer, chanter, caresser), je le fais ...								
Prendre le temps de s'asseoir et/ou jouer avec l'enfant, je le fais ...								
Aviser au préalable l'enfant qu'il aura un traitement (selon l'âge), je le fais ...								
Utiliser le jeu pour identifier les fantaisies, les craintes de l'enfant, je le fais ...								
Vérifier la compréhension de l'enfant face à un traitement en lui demandant de reformuler l'information par le jeu ou verbalement, je le fais ...								
Utiliser des descriptions qui rejoignent le niveau intellectuel de l'enfant dans les explications, je le fais ...								

	Jamais	Rarement	Souvent	Parce qu'on le demande	Sans qu'on le demande	Sans intérêt	Avec satisfaction	C'est une deuxième nature
Utiliser un vocabulaire non menaçant pour les explications, je le fais ...								
Faire toucher et explorer à l'enfant le matériel inoffensif ex. stéthoscope, je le fais ...								
Manipuler, toucher l'enfant avec douceur lors des soins et des traitements, je le fais ...								
Accompagner l'enfant pour différents traitements ou examen , je le fais ...								
Spécifier à l'enfant comment il peut participer au traitement (position, geste, respiration, etc.), je le fais ...								
Attendre que l'enfant se calme avant de commencer un traitement, je le fais ...								
Utiliser le jeu pour faire accepter un traitement à l'enfant, je le fais ...								

	Jamais	Rarement	Souvent	Parce qu'on le demande	Sans qu'on le demande	Sans intérêt	Avec satisfaction	C'est une deuxième nature
Parler à l'enfant durant les soins et traitements, je le fais ...								
Rester auprès de l'enfant durant et après un traitement, je le fais ...								
Réconforter l'enfant après un traitement (verbalement ou non-verbalement), je le fais ...								
Centrer la conversation sur les inquiétudes, les intérêts des parents et de l'enfant, je le fais ...								
Exprimer à l'enfant qu'on comprend ses sentiments de peur, de colère, etc., je le fais ...								
Exprimer ses propres sentiments en temps opportun à l'enfant et aux parents, je le fais ...								
Clarifier avec l'enfant ses émotions, ses craintes par des questions, jeux, histoires, je le fais ...								

	Jamais	Rarement	Souvent	Parce qu'on le demande	Sans qu'on le demande	Sans intérêt	Avec satisfaction	C'est une deuxième nature
Identifier ses propres sentiments lors de ses contacts avec les parents et l'enfant, je le fais ...								
Analyser ses propres sentiments et les réactions verbales et non-verbales qu'ils engendrent, je le fais ...								
Relever des contradictions dans ses propres comportements, je le fais ...								

APPENDICE G

INVENTAIRE D'OPINIONS

Il nous faut déterminer ce que vous pensez réellement des comportements décrits plus loin. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Encerclez le numéro de l'énoncé avec lequel vous êtes le plus en accord ou le moins en désaccord.

Olivier est hospitalisé depuis cinq jours et manifeste des comportements dépressifs. L'étudiant-infirmier à qui est assigné Olivier discute avec les parents. Ces derniers manifestent de la réticence à discuter avec l'étudiant alors qu'ils discutent aisément avec l'infirmière responsable de l'autre compagnon de chambre. L'étudiant décide de consulter le personnel pour établir un plan d'actions.

1. L'initiative devrait venir du personnel qui est mieux placé que l'étudiant pour intervenir.

2. L'étudiant rencontrera des difficultés s'il cherche le support du personnel.

3. Le fait d'être étudiant est un handicap pour être pris au sérieux.

Une étudiante-infirmière soigne un enfant de 4 ans depuis 2 jours; impossible pour elle d'identifier le vécu émotif de son jeune patient malgré plusieurs tentatives: questions à l'enfant, utilisation du jeu et d'histoires, consultations du personnel et du professeur. Elle décide donc de consulter un répertoire spécialisé d'histoires et de jeux visant à favoriser l'expression des émotions de l'enfant dans une situation difficile.

1. C'est une situation bien exigeante pour une étudiante-infirmière; ça dépasse son rôle.

2. Il y a des situations où il faut reconnaître son impuissance.

3. Consulter des bouquins de ce genre n'apporte que des réponses théoriques.

Sébastien revient de la salle de réveil au moment où Céline, étudiante-infirmière, s'apprête à partir pour la pause-café. Céline est fatiguée; elle a aidé ses compagnes toute l'avant-midi pendant que Sébastien était opéré. (Toilettes des autres enfants de la chambre, accompagnement pour des traitements.)

1. Céline devrait respecter son besoin de repos; elle n'en sera que plus disponible après.

2. Céline devrait confier Sébastien à une compagne car elle a droit à une pause après toutes ces heures exigeantes.

3. Avec un petit effort supplémentaire, elle pourrait rester auprès de Sébastien et se reposer sur l'heure du dîner.

Lors de l'entrevue initiale avec les parents, Josée apprend qu'Elisabeth (5 ans) ignore le pourquoi de son hospitalisation (chirurgie prévue pour demain matin). Les parents soulignent qu'il leur est déjà arrivé de parler d'un traitement qui serait douloureux (obturation d'une dent il y a 2 mois); cela avait entraîné une crise de larmes chez leur fille qu'ils jugent inutile de provoquer maintenant. Josée insiste auprès des parents et leur suggère de dire quand même la vérité.

1. Ce sont les parents qui connaissent le mieux leur enfant et qui savent à quoi s'en tenir.

2. Il n'est pas certain que dire la vérité empêche les crises mais au moins c'est honnête.

3. Les parents pourraient croire que Josée manque de compétence.

Martine, étudiante-infirmière, perçoit un malaise entre les parents et elle-même: par exemple les parents réfèrent au personnel quand ils ont quelque chose à demander; ils ont même demandé au médecin traitant de changer d'infirmière.

1. Une infirmière responsable demanderait tout de suite à ce qu'on lui assigne un autre enfant.

2. Martine aurait avantage à oublier cet incident car il arrive que des parents soient méfiants à l'égard des étudiants.

3. Lire sur l'amélioration du climat de confiance est une solution avantageuse mais théorique.

Jacinthe, étudiante-infirmière, en est à sa première journée sur l'unité. Elle a soin de Nathalie qui vient d'être opérée pour réparation de fissure labiale; en plus de cette situation bien exigeante, elle doit se familiariser avec le personnel et avec l'unité. En plus des autres objectifs qu'elle s'est fixée, elle veut apprendre le prénom des douze (12) autres enfants hospitalisés avant la fin de la journée.

1. Sa responsabilité réside davantage dans la surveillance post-opératoire de Nathalie.

2. Il y a des étudiants qui aiment dépasser les bornes.

3. Elle a bien d'autres choses sur lesquelles elle peut concentrer ses efforts.

C'est l'heure de la post-conférence clinique. Lyne a soin de Julie (2½ ans) qui s'amuse à la salle de jeux. François (3 ans), un autre enfant de l'unité, est demandé pour une radiographie; c'est sa première hospitalisation et il est craintif. Lyne pense à l'accompagner.

1. Lyne pourrait avoir de la difficulté à rassurer un enfant qu'elle connaît peu.

2. La responsabilité de Lyne c'est d'assister à la conférence post-clinique.

3. Lyne devrait croire davantage en l'autonomie de l'enfant.

Louis, étudiant-infirmier, fait des démarches auprès de l'infirmière-chef pour avoir d'autres jouets pour Olivier car aucun de ceux disponibles n'intéresse ce dernier qui est hospitalisé depuis huit (8) jours.

1. On dira sûrement de Louis qu'il est audacieux.

2. C'est le préposé au jeu qui devrait s'en occuper.

3. Louis est un zélé qui aime en faire plus que demandé.

Au rapport du matin, on décrit Christophe comme un enfant retiré, qui ne socialise pas et qui refuse de parler avec le personnel. Chantale, étudiante-infirmière, s'offre pour soigner l'enfant bien que cette situation soit complexe. En feuilletant le dossier, elle s'aperçoit qu'elle connaît la famille de Christophe.

1. Il faut profiter de cette occasion d'apprentissage qui est offert.

2. Soigner Christophe pourrait mettre Chantale et la famille de Christophe dans une situation embarrassante; elle devrait changer.

3. Une infirmière habituée serait plus efficace qu'une étudiante auprès de Christophe.

Anne-Marie, étudiante-infirmière, a la responsabilité de soigner deux (2) enfants: elle attend l'un d'eux qui est à la salle de réveil actuellement tandis que l'autre sera opéré demain. Il manque beaucoup de personnel sur l'unité. Il y a plusieurs admissions qui auront lieu en même temps au point où l'infirmière-chef est débordée. Anne-Marie avait planifié prendre du temps avec son deuxième client afin d'explorer et de clarifier les craintes de ce dernier vis-à-vis l'intervention de demain: elle avait créé une histoire. Une compagne intervient "Viens prendre une admission, tu raconteras tes histoires une autre fois; tu seras plus utile ainsi qu'à chercher des bibittes chez ton petit malade".

1. Anne-Marie aurait pu expliquer les buts qu'elle poursuit en racontant des histoires et refuser de faire l'admission.

2. C'est bien vrai qu'Anne-Marie sera utile à faire une admission; elle pourrait remettre ses histoires à plus tard.

3. Le sens de responsabilité d'Anne-Marie pourrait être évalué négativement si elle ne participe pas à faire une admission.

Les parents de Nicolas ne comprennent pas ce qui arrive à leur fils: quand ils partent, Nicolas pleure, leur lance ses jouets, déchire ses livres, secoue le lit dans lequel il est installé. Ils s'attendaient à ce qu'il pleure mais pas à d'aussi violentes réactions. Ils préfèrent ne plus visiter leur fils. Une infirmière a dit aux parents qu'ils feraient mieux de sévir. Manon qui est étudiante-infirmière rencontre les parents de Nicolas qui lui font part de leur expérience.

1. Manon ne doit pas dire aux parents que l'infirmière est dans l'erreur.

2. La décision des parents doit être respectée.

3. L'étudiante pourrait expliquer aux parents ce qui se passe chez leur fils.

Les étudiantes-infirmières, en accord avec le personnel de l'unité, décident d'organiser une fête pour célébrer l'anniversaire de Francis. Or, il manque de matériel et il n'y a pas de budget prévu pour un tel événement.

1. C'est à l'hôpital de fournir le matériel; il faudra être tenace et frapper à la bonne porte.

2. Chaque étudiante pourrait amener quelque chose de chez elle.

3. Les étudiantes pourraient changer les plans et s'organiser avec le matériel disponible à l'hôpital.

Les parents de Linda (2½ ans) sont des professionnels très occupés: ils visitent leur fille quand leur horaire de travail leur permet. Ils n'apprécient pas recevoir des conseils du personnel infirmier. Marie, étudiante-infirmière, s'en est aperçue quand elle leur a souligné pourquoi ils devraient dire à leur fille Linda quand ils seront de retour. Marie a oublié de leur faire signer le consentement opératoire: un des parents devra annuler ses rendez-vous en soirée pour revenir à l'hôpital à cause de l'oubli de Marie.

1. La responsabilité professionnelle aurait dû passer avant toute autre considération.

2. Le bien-être de l'enfant doit d'abord être assuré.

3. Ça doit être agaçant pour des parents de recevoir des conseils d'une étudiante.

François a 4 ans et subira une adéno-amygdalectomie. Il a peur, il proteste, il se dérobe dès qu'on veut l'approcher. Les parents sont étonnés car ils lui ont pourtant expliqué ce qui lui arriverait: "Le médecin t'enlèvera les deux méchantes boules que tu as dans la gorge". L'étudiante-infirmière intervient auprès des parents qui sont exténués après avoir passé une nuit blanche d'inquiétudes.

1. "Un enfant de 4 ans a tendance à exagérer ce qui lui arrive; son corps c'est sacré" explique l'étudiante.

2. "Vous feriez mieux d'aller vous reposer; je vais m'occuper de votre fils pendant ce temps" propose l'étudiante.

3. "Amenez donc François plus loin pour ne pas qu'il énerve les autres enfants" suggère l'étudiante.

Durant la post-conférence clinique, chaqu
infirmière commente ses difficultés rel
soins des enfants dont elles s'occupent.

1. On apprend plus en travaillant auprès de
   discutant ainsi.

2. Ces mises en commun ressemblent davantag
   de cuisine.

3. Les questions et commentaires des compag
   utiles qu'un exposé.

APPENDICE H

CONSULTATION: PHASE I

Valleyfield
Le 9 mai 1983

Aux répondants,

Je dois d'abord vous remercier de vouloir participer à la validation de contenu des objectifs d'apprentissage au domaine affectif dans le secteur des soins à l'enfant (0 à 12 ans, soins de courte durée).

Vous trouverez ci-inclus:

- une description sommaire des attitudes qui sous-tendent les comportements décrits;
- la directive pour accomplir le mandat qui vous est confié;
- la liste des comportements indicateurs (à retourner).

Si parfois, les directives données n'étaient pas assez explicitées, vous pouvez me contacter par téléphone au numéro suivant: 1 (514) 451-0187.

Votre collaboration m'est précieuse et je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments distingués.

LML/lt

Louise M. Lessard

DIRECTIVES

Ci-inclus une liste de comportements* souhaitables chez des élèves-infirmières lorsqu'elles sont en contact avec l'enfant hospitalisé (0 - 12 ans, court séjour).

Nous souhaiterions regrouper ces comportements à l'intérieur de catégories (attitudes) dont ils sont le reflet.

Vous devez donc, pour chaque comportement, indiquer de quelle attitude il est témoin; à chaque énoncé, vous inscrivez dans la parenthèse l'attitude que vous jugez pertinente.

Exemple:

Item: persuade le personnel à explorer le monde émotif de l'enfant hospitalisé (attitude).

Attitude: A ou compréhension empathique.

N.B. Un comportement est rarement en relation avec une seule attitude.

* Certains comportements sont préalables à l'atteinte d'une attitude considérant que l'élève est en apprentissage, en cheminement.

ex. écoute avec attention lorsqu'on aborde le sujet des réactions parentales et leurs sources d'anxiété.
attitude: compréhension empathique ou A.

24/1/83

ATTITUDES

A: Compréhension empathique

Le but de cette attitude est de rendre l'autre (l'enfant, les parents) capable d'exprimer des sentiments qu'il était incapable d'exprimer auparavant. L'aidant est alors centré sur le monde émotif de l'aidé. Ainsi cette attitude permet à l'autre de se reconnaître et augmente son sentiment de sécurité.

Exemples: . reformulation du contenu émotif des gestes ou paroles de l'aidé

. clarification

B: Respect chaleureux (acceptation)

Le but est de permettre à l'autre de se sentir libre d'être lui-même et le fait d'être apprécié comme individu. Cette attitude transmet à l'autre qu'il est objet d'amour i.e. qu'il a une valeur, qu'il peut décider, qu'il est responsable.

Exemples: gestes ou paroles communiquant l'attention, la considération pour les sentiments, expériences, potentialités.

C: Authenticité (congruence)

La personne réagit en émettant de ses propres sentiments et est capable d'utiliser ses réactions quelque soit son contenu émotif comme base pour explorer la relation.

D: Précision et spécificité de l'expression

Il s'agit d'émettre des messages clairs, précis, concrets, spécifiques.

Exemple: "Je serai de retour demain matin."

24/1/83

LISTE DES COMPORTEMENTS

ECHANTILLONNAGE - 1 -

1. Suggère aux parents et au personnel de répondre honnêtement aux questions de l'enfant ( )
2. Marche au rythme de l'enfant quand elle l'accompagne ( )
3. Avise l'enfant qu'il aura un traitement (selon son âge) ( )
4. Persuade le personnel à explorer le monde émotif de l'enfant hospitalisé ( )
5. Accueille les parents et l'enfant à l'admission avec un sourire en se dirigeant vers eux ( )
6. Demande spontanément aux parents d'apporter des objets familiers, photos, jouets préférés ( )
7. Prépare d'avance ses entrevues avec l'enfant et/ou les parents ( )
8. Répond aux questions de l'enfant et celles des parents avec honnêteté ( )
9. Utilise des poupées-mannequins, des silhouettes corporelles, le dessin (selon l'âge) comme aide didactique( )
10. Apporte du matériel de chez elle pour amuser les enfants ( )
11. Exprime ses propres sentiments en temps opportun à l'enfant et/ou aux parents ( )
12. Permet à l'enfant de pleurer et tente de le consoler verbalement ou en le prenant ( )
13. Est attentive aux gestes et paroles qui communiquent un souci pour les sentiments et expériences de l'enfant et des parents ( )

14. Organise des activités récréatives centrées sur les intérêts et possibilités de l'enfant ( )

15. Apporte des raisons au personnel et à ses compagnes pour amuser l'enfant ( )

16. Dit à l'enfant qu'il retournera à la maison (si c'est vrai) ( )

17. S'enquiert de la préparation de l'enfant à l'hospitalisation lors de l'histoire nursing ( )

18. Reste avec l'enfant après le départ des parents ( )

19. Avise les parents des réactions émotives possibles de l'enfant suite à son hospitalisation (ex. cauchemar, régression) ( )

20. S'informe sur les connaissances de l'enfant sur le sujet avant de le renseigner (traitement, soins, etc.) ( )

21. Ne cherche pas à se retirer dans des situations difficiles ex. enfant retiré, inactif, parents hostiles ( )

22. Invente des jeux avec le matériel disponible ( )

23. Isole l'enfant pour ses soins personnels ou un traitement ( )

24. S'approche des parents et de l'enfant quand elle leur parle ( )

25. Cherche à connaître le nom des autres enfants ( )

26. Evalue le potentiel de résistance d'un enfant à partir d'indices verbaux et non-verbaux ( )

27. Salue l'enfant à son arrivée et à son départ ( )

28. Regarde l'enfant et les parents dans les yeux quand elle leur adresse la parole ( )

24/1/83

LISTE DES COMPORTEMENTS

ECHANTILLONNAGE - 2 -

1. Renonce à la pause-café pour s'occuper de l'enfant qui a un traitement ou qui en revient ( )
2. Explique aux parents et au personnel que les réactions de l'enfant son normales (si elles le sont) ( )
3. Fait des lectures obligatoires sur le sujet des réactions émotives des parents et de l'enfant hospitalisé ( )
4. S'accroupit à la hauteur de l'enfant quand elle leur parle ( )
5. Relève spontanément des contradictions dans ses comportements verbaux et non-verbaux ( )
6. Accepte de colliger des données sur les réactions émotives des parents et de l'enfant face à l'hospitalisation ( )
7. Remet aux parents et/ou à l'enfant les feuillets d'explication concernant le séjour de l'enfant à l'hôpital lors de l'entrevue initiale (s'il y a lieu) ( )
8. Explique aux parents et à l'enfant avec courtoisie la routine de l'admission ( )
9. Recherche lors de sa cueillette des données si l'enfant a déjà eu des expériences antérieures avec le monde médical ( )
10. Reste auprès de l'enfant durant et après un traitement ( )
11. Stimule les parents à exprimer leurs sentiments vs hospitalisation de leur enfant ( )
12. Fait des promesses à l'enfant si et seulement si elles sont réalisables ( )

13. Persuade le personnel, ses compagnes, les parents à exprimer leurs sentiments réels ( )

14. Planifie d'avance ce qu'elle dira à l'enfant ou fera avec lui pour le rassurer ( )

15. Témoigne aux parents leur capacité de faire face aux difficultés posées par la situation actuelle ( )

16. Demande la permission à l'enfant avant de s'asseoir avec lui ( )

17. Prend l'enfant pour le faire boire ou manger ( )

18. Parle à l'enfant durant le traitement ou les soins et lui touche avec douceur ( )

19. Persuade les parents de rester auprès de leur enfant dans les limites qui leur sont possibles ( )

20. Ecoute avec attention lorsqu'on aborde le sujet des caractéristiques des messages transmis et leurs effets sur le climat socio-émotif entourant l'hospitalisation de l'enfant ( )

21. Tente de convaincre le personnel, ses compagnes de la nécessité de sécuriser l'enfant ( )

22. Fait participer les parents pour explorer le monde émotif de l'enfant hospitalisé ( )

23. Montre de l'intérêt pour le jeu comme moyen d'expression de l'enfant ( )

24. Justifie ses actions auprès du personnel, de ses compagnes (jeu, histoires) ( )

25. Dans un film, remarque les gestes et paroles qui traduisent le respect et la chaleur humaine ( )

26. Offre son aide pour accompagner d'autres enfants à un traitement (que celui qui lui est assigné) ( )

27. Distingue les éléments d'un message verbal et non-verbal qui sont clairs, précis, concrets, spécifiques ( )

28. Offre spontanément ses services à l'enfant avant de l'aider pour ces soins personnels ( )

29. Ecoute avec attention lorsqu'on aborde le sujet des réactions émotives et des comportements spécifiques à l'âge de l'enfant hospitalisé ( )

24/1/83

LISTE DES COMPORTEMENTS

ÉCHANTILLONNAGE - 3 -

1. Fait des démarches pour avoir d'autres jouets que ceux disponibles ( )
2. Se documente sur différentes histoires, jeux susceptibles de lui aider pour comprendre la réalité de l'enfant hospitalisé ( )
3. Encourage l'enfant à identifier clairement ses émotions et ses craintes par des questions, le jeu, des histoires ( )
4. Décrit aux parents les mécanismes utilisés par l'enfant pour faire face à sa situation par rapport au niveau de son développement psychologique ( )
5. Informe au préalable (selon l'âge et la condition) l'enfant qu'il aura un traitement ( )
6. Aide ses compagnes dans des discussions à cerner la réalité émotive de l'enfant hospitalisé et des parents ( )
7. Choisit des jouets appropriés au goût, développement intellectuel, moteur, affectif et social de l'enfant( )
8. Consent à analyser le contenu de ses interactions verbales selon les critères de spécificité ( )
9. Pose des questions précises en nombre limité, adaptées à l'âge de l'enfant ( )
10. Remet en question spontanément sa façon de transmettre les messages (caractéristiques) i.e. réfléchit sur sa façon de permettre aux parents et à l'enfant de mieux se comprendre ( )
11. Téléphone aux parents pour donner des nouvelles de l'enfant ( )

12. Amène l'enfant à interagir avec d'autres à la salle de jeux ( )

13. Participer avec entrain "aux mises en commun" re: réactions des parents et l'enfant hospitalisé par des questions pertinentes, apport d'idées ( )

14. Initie le contact avec l'enfant en présence des parents verbalement, par le toucher ( )

15. Consent à identifier ses propres sentiments lors de ses contacts avec les parents et/ou l'enfant ( )

16. Explique aux parents les règlements de l'hôpital ( )

17. Organise des activités pour explorer le monde émotif de l'enfant hospitalisé (post-conférence, jeux, histoires) ( )

18. Consent à analyser ses sentiments et les réactions verbales et non-verbales qu'ils provoquent ( )

19. Procure des stimulations tactiles et sensorielles à l'enfant ex. bercer, chanter, caresser ( )

20. Suite à une information donnée, vérifie la compréhension de l'enfant en lui demandant de reformuler l'information verbalement ou par le jeu ( )

21. Clarifie les faits concernant un traitement par le jeu ou des explications aux parents et/ou à l'enfant ( )

22. Accepte d'identifier et d'analyser à travers ses interactions verbales et non-verbales les éléments qui traduisent qu'elle accepte l'enfant et/ou les parents ( )

23. Se présente à l'enfant et aux parents en s'identifiant comme élève ( )

24. Accepte d'observer certaines règles élémentaires quand elle communique avec les parents et l'enfant hospitalisé (ex. reformule le contenu émotif des messages, explore et clarifie les messages transmis) ( )

25. Cherche à savoir si l'enfant sait pourquoi il est hospitalisé soit par des questions directes à l'enfant et/ou aux parents, soit par le jeu ( )

26. Répond aux questions des parents et des enfants si elle le peut ( )

27. Demande la permission avant d'utiliser et de déplacer les jouets et/ou les objets personnels de l'enfant [ ]

28. Utilise des descriptions qui rejoignent le niveau intellectuel de l'enfant [ ]

29. Etablit des limites à l'enfant ex. défend de détruire les jouets, défend de se blesser [ ]

LISTE DES COMPORTEMENTS

ECHANTILLONNAGE - 4 -

1. Avise l'enfant et/ou les parents de l'heure précise de son retour, de ses absences, de sa disponibilité ( )

2. Distrait l'enfant d'un stimulus traumatisant par la conversation, un jouet, un exercice de détente, etc. ( )

3. Relève spontanément des données concernant les réactions de l'enfant via le jeu, les histoires ex. évalue les fantaisies, craintes, identifie les aspects qui rebutent l'enfant ( )

4. Organise des activités d'information pour un petit groupe homogène d'enfants ( )

5. Suggère des moyens de maîtriser le stress ( )

6. Ecoute avec attention lorsqu'on aborde le sujet des différentes réactions parentales et des sources d'anxiété chez ceux-ci ( )

7. Centre la conversation sur les inquiétudes, les intérêts des parents et de l'enfant hospitalisé ( )

8. Poursuit même après les activités d'apprentissage structurées son analyse re: hospitalisation de l'enfant par des conversations, des lectures ( )

9. Recherche des exemples d'authenticité autour d'elle et en discute spontanément ( )

10. Oriente les parents et l'enfant dans l'unité de soins ( )

11. Exprime verbalement à l'enfant qu'elle comprend ses sentiments de peur ou de colère ( )

12. Consulte le professeur clinique ou l'équipe de soins pour établir une priorité dans ses interventions ( )

13. Prend le temps de s'asseoir et de jouer avec l'enfant ( )

14. Interpelle l'enfant par son prénom ( )

15. Décèle les incongruences d'un message sur le plan verbal et non-verbal, à partir d'un film ( )

16. Pose des questions aux parents sur la routine, les habitudes de vie de l'enfant ( )

17. Spécifie à l'enfant comment il peut participer au traitement (ex. position, geste, respiration) ( )

18. Identifie les sentiments sous-jacents aux messages verbaux et non-verbaux, à partir d'un film ( )

19. Ecoute avec attention lorsqu'on aborde le sujet des facteurs qui influencent les réactions et comportements de l'enfant hospitalisé ( )

20. Se documente sur les façons d'améliorer le climat de confiance entre les parents, l'enfant et elle-même ( )

21. Utilise un vocabulaire précis, non menaçant, adapté à l'âge de l'enfant ( )

22. Justifie auprès des parents la nécessité de préciser l'heure du retour et de leurs visites à l'enfant en terme concret (selon l'âge de l'enfant) ( )

23. Vérifie avec l'enfant et ses parents les réactions de l'enfant avant et après un traitement ( )

24. Stimule les parents à participer aux soins personnels de l'enfant (boire, bain, etc.) ( )

25. Vérifie avec les parents leur compréhension des instructions avant leur départ (congé de l'enfant) ( )

26. Lors du départ de l'enfant, remet les feuillets d'explications et/ou les instructions ( )

27. Accompagne l'enfant [illegible] les différents traitements ou examens ( )

28. Poursuit dans la mesure du possible les apprentissages commencés à la maison (marche, propreté, manger seul) ( )

24/1/83

APPENDICE I

CONSULTATION: PHASE II

Valleyfield,
Le 22 août 1983

Aux répondant(e)s
Enseignant(e)s en soins infirmiers

Bonjour,

Je poursuis depuis l'année dernière des activités de recherche dans le cadre de PROSIP relativement à l'apprentissage de comportements de type affectif chez l'élève-infirmière dans le contexte des soins à l'enfant. A la session dernière (Hiver 83), j'ai consulté plusieurs d'entre vous pour une première validation: les réponses, les commentaires et même les points d'interrogation ont enrichi ma démarche.

A cette étape-ci, je sollicite votre participation pour juger de l'importance relative de chacun des objectifs décrits ci-après pour l'apprentissage de l'élève dans le contexte des soins à l'enfant. La date limite pour le retour est fixée à la mi-septembre. Vous trouverez donc ci-inclus:

- sommaire du cadre théorique sous-jacent à l'étude;
- directives pour accomplir votre mandat;
- liste des comportements à valider.

Permettez-moi de vous remercier pour votre collaboration.

Louise M. Lessard, enseignante

LL/lt

SOMMAIRE DU CADRE THEORIQUE

Les comportements décrits ci-après sont le reflet d'attitudes privilégiées par la profession infirmière (voir Normes et Critères de compétence pour les infirmières et infirmiers en soins de courte durée, OIIQ). Le cadre théorique choisi est celui de Carl Rogers repris par Carkhuff et par Lucien Auger. La littérature scientifique, les normes de compétence de la profession, l'expérience ont permis l'élaboration d'une centaine d'objectifs.

L'aspect pédagogique est vu à travers les lunettes de Krathwohl, collaborateur de Bloom, qui a élaboré une taxonomie dans le domaine affectif. Ainsi, selon ce dernier, une valeur, une attitude s'incorpore chez l'apprenant en cinq étapes*: avant d'atteindre l'étape valorisation, l'élève doit avoir intégré les étapes précédentes soit la réception et la réponse. Les étapes 4 et 5 ne relèvent pas d'objectifs à poursuivre dans une situation d'apprentissage. Voici un exemple réduit: avant d'aimer la musique classique, un élève doit avoir été sensibilisé (première étape); par la suite, on l'a probablement incité à assister à des concerts ou à écouter des disques (étape 2); à la suite de ces expériences où il a probablement éprouvé du plaisir, il s'est mis à aimer la musique, à se rendre à un concert, à choisir des disques sans qu'il y ait pression. L'apprentissage des soins infirmiers n'est pas tellement différent: par exemple, l'élève doit d'abord se rendre compte que l'enfant hospitalisé est face à un problème d'adaptation; ensuite, elle intervient parce qu'on la guide en ce sens. Eprouvant une certaine satisfaction à le faire (dépendamment de nos stratégies) elle adoptera cette façon de faire parce qu'elle y croit. Quand son action est devenue une habitude, on peut croire en l'intériorisation de l'attitude reflétée.

Ainsi ma démarche pour l'élaboration des objectifs a suivi cette hiérarchisation de l'intériorisation d'une valeur: vous trouverez donc des comportements à chacun des niveaux: 1) réception; 2) réponse; 3) valorisation.

Exemples

niveau 1: écoute avec attention lorsqu'on lui parle des réactions émotives et des comportements spécifiques à l'âge de l'enfant hospitalisé.

niveau 2: fait les lectures obligatoires au sujet des réactions de l'enfant hospitalisé et des parents.

niveau 3 aide à ses compagne (compagnons) à cerner la réalité émotive de l'enfant hospitalisé et des parents.

Voilà un aperçu des jalons qui ont soutenu ma démarche.

---

* ce sont la réception, la réponse, la valorisation, l'organisation et la caractérisation.

DIRECTIVES

Il s'agit d'évaluer l'importance de chacun des comportements décrits pour l'apprentissage d'un(e) étudiant(e)-infirmier(e) selon une échelle allant de 1 à 5 (de pas du tout à très important).

La question à se poser avant d'attribuer la cote est la suivante: quel degré d'importance a ou devrait avoir cet objectif dans l'apprentissage de l'élève?

Ainsi si vous croyez que l'item 1, doit être absolument retenu comme objectif d'apprentissage, vous lui donnez le score 5; si, au contraire vous ne le croyez pas pertinent, vous lui donnez le score 1; évidemment, il y a trois autres possibilités (2, 3 et 4) en plus des scores extrêmes (1 et 5).

LL/lt

83-08-22

Liste des comportements - Echantillonnage - 1 -

	pas du tout important				très important
1. Suggère aux parents et au personnel de répondre honnêtement aux questions de l'enfant.	1	2	3	4	5
2. Marche au rythme de l'enfant quand elle l'accompagne.	1	2	3	4	5
3. Avise l'enfant qu'il aura un traitement (selon son âge).	1	2	3	4	5
4. Persuade le personnel à explorer le monde émotif de l'enfant hospitalisé.	1	2	3	4	5
5. Accueille les parents et l'enfant à l'admission avec un sourire en se dirigeant vers eux.	1	2	3	4	5
6. Demande spontanément aux parents d'apporter des objects familiers, photos, jouets préférés.	1	2	3	4	5
7. Prépare d'avance ses entrevues avec l'enfant et/ou les parents.	1	2	3	4	5
8. Répond aux questions de l'enfant et celles des parents avec honnêteté.	1	2	3	4	5
9. Utilise des poupées-mannequins, des silhouettes corporelles, le dessin (selon l'âge) comme aide didactique.	1	2	3	4	5

	pas du tout important				très important
10. Apporte du matériel de chez elle pour amuser les enfants.	1	2	3	4	5
11. Exprime ses propres sentiments en temps opportun à l'enfant et/ou aux parents.	1	2	3	4	5
12. Permet à l'enfant de pleurer et tente de le consoler verbalement ou en le prenant.	1	2	3	4	5
13. Est attentive aux gestes et paroles qui communiquent un souci pour les sentiments et expériences de l'enfant et des parents.	1	2	3	4	5
14. Organise des activités récréatives centrées sur les intérêts et possibilités de l'enfant.	1	2	3	4	5
15. Apporte des raisons au personnel et à ses compagnes pour amuser l'enfant.	1	2	3	4	5
16. Dit à l'enfant qu'il retournera à la maison (si c'est vrai).	1	2	3	4	5
17. S'enquiert de la préparation de l'enfant à l'hospitalisation lors de l'histoire nursing.	1	2	3	4	5
18. Reste avec l'enfant après le départ des parents	1	2	3	4	5
19. Avise les parents des réactions émotives possibles de l'enfant suite à son hospitalisation (ex. cauchemar, régression).	1	2	3	4	5

	pas du tout important				très important
20. S'informe sur les connaissances de l'enfant sur le sujet avant de le renseigner (traitement, soins, etc.)	1	2	3	4	5
21. Ne cherche pas à se retirer dans des situations difficiles ex. enfant retiré, inactif, parents hostiles.	1	2	3	4	5
22. Invente des jeux avec le matériel disponible.	1	2	3	4	5
23. Isole l'enfant pour ses soins personnels ou un traitement.	1	2	3	4	5
24. S'approche des parents et de l'enfant quand elle leur parle.	1	2	3	4	5
25. Cherche à connaître le nom des autres enfants.	1	2	3	4	5
26. Evalue le potentiel de résistance d'un enfant à partir d'indices verbaux et non-verbaux.	1	2	3	4	5
27. Salue l'enfant à son arrivée et à son départ.	1	2	3	4	5
28. Regarde l'enfant et les parents dans les yeux quand elle leur adresse la parole.	1	2	3	4	5

22-08-83
lt

Liste des comportements - Echantillonnage - 2 -

	pas du tout important				très important
1. Renonce à la pause-café pour s'occuper de l'enfant qui a un traitement ou qui en revient.	1	2	3	4	5
2. Explique aux parents et au personnel que les réactions de l'enfant sont normales (si elles le sont).	1	2	3	4	5
3. Fait des lectures obligatoires sur le sujet des réactions émotives des parents et de l'enfant hospitalisé.	1	2	3	4	5
4. S'accroupit à la hauteur de l'enfant quand elle leur parle.	1	2	3	4	5
5. Relève spontanément des contradictions dans ses comportements verbaux et non-verbaux.	1	2	3	4	5
6. Accepte de colliger des données sur les réactions émotives des parents et de l'enfant face à l'hospitalisation.	1	2	3	4	5
7. Remet aux parents et/ou à l'enfant les feuillets d'explication concernant le séjour de l'enfant à l'hôpital lors de l'entrevue initiale (s'il y a lieu).	1	2	3	4	5
8. Explique aux parents et à l'enfant avec courtoisie la routine de l'admission.	1	2	3	4	5

	pas du tout important				très important
9. Recherche lors de sa cueillette des données si l'enfant a déjà eu des expériences antérieures avec le monde médical.	1	2	3	4	5
10. Reste auprès de l'enfant durant et après un traitement.	1	2	3	4	5
11. Stimule les parents à exprimer leurs sentiments vs hospitalisation de leur enfant.	1	2	3	4	5
12. Fait des promesses à l'enfant si et seulement si elles sont réalisables.	1	2	3	4	5
13. Persuade le personnel, ses compagnes, les parents à exprimer leurs sentiments réels.	1	2	3	4	5
14. Planifie d'avance ce qu'elle dira à l'enfant ou fera avec lui pour le rassurer.	1	2	3	4	5
15. Témoigne aux parents leur capacité de faire face aux difficultés posées par la situation actuelle.	1	2	3	4	5
16. Demande la permission à l'enfant avant de s'asseoir avec lui.	1	2	3	4	5
17. Prend l'enfant pour le faire boire ou manger.	1	2	3	4	5
18. Parle à l'enfant durant le traitement ou les soins et lui touche avec douceur.	1	2	3	4	5
19. Persuade les parents de rester auprès de leur enfant dans les limites qui leur sont possibles.	1	2	3	4	5

	pas du tout important				très important
20. Ecoute avec attention lorsqu'on aborde le sujet des caractéristiques des messages transmis et leurs effets sur le climat socio-émotif entourant l'hospitalisation de l'enfant.	1	2	3	4	5
21. Tente de convaincre le personnel, ses compagnes de la nécessité de sécuriser l'enfant.	1	2	3	4	5
22. Fait participer les parents pour explorer le monde émotif de l'enfant hospitalisé.	1	2	3	4	5
23. Montre de l'intérêt pour le jeu comme moyen d'expression de l'enfant.	1	2	3	4	5
24. Justifie ses actions auprès du personnel, de ses compagnes (jeu, histoires).	1	2	3	4	5
25. Dans un film, remarque les gestes et paroles qui traduisent le respect et la chaleur humaine.	1	2	3	4	5
26. Offre son aide pour accompagner d'autres enfants à un traitement (que celui qui lui est assigné).	1	2	3	4	5
27. Distingue les éléments d'un message verbal et non-verbal qui sont clairs, précis, concrets, spécifiques	1	2	3	4	5
28. Offre spontanément ses services à l'enfant avant de l'aider pour ses soins personnels.	1	2	3	4	5
29. Ecoute avec attention lorsqu'on aborde le sujet des réactions émotives et des comportements spécifiques à l'âge de l'enfant hospitalisé.	1	2	3	4	5

Liste des comportements - Echantillonnage - 3 -

	pas du tout important				très important
1. Fait des démarches pour avoir d'autres jouets que ceux disponibles.	1	2	3	4	5
2. Se documente sur différentes histoires, jeux susceptibles de lui aider pour comprendre la réalité de l'enfant hospitalisé.	1	2	3	4	5
3. Encourage l'enfant à identifier clairement ses émotions et ses craintes par des questions, le jeu, des histoires.	1	2	3	4	5
4. Décrit aux parents les mécanismes utilisés par l'enfant pour faire face à sa situation par rapport au niveau de son développement psychologique.	1	2	3	4	5
5. Informe au préalable (selon l'âge et la condition) l'enfant qu'il aura un traitement.	1	2	3	4	5
6. Aide ses compagnes dans des discussions à cerner la réalité émotive de l'enfant hospitalisé et des parents.	1	2	3	4	5
7. Choisit des jouets appropriés au goût, développement intellectuel, moteur, affectif et social de l'enfant.	1	2	3	4	5
8. Consent à analyser le contenu de ses interactions verbales selon les critères de spécificité.	1	2	3	4	5

	pas du tout important				très important
9. Pose des questions précises en nombre limité, adaptées à l'âge de l'enfant.	1	2	3	4	5
10. Remet en question spontanément sa façon de transmettre les messages (caractéristiques) i.e. réfléchit sur sa façon de permettre aux parents et à l'enfant de mieux se comprendre.	1	2	3	4	5
11. Téléphone aux parents pour donner des nouvelles de l'enfant.	1	2	3	4	5
12. Amène l'enfant à interagir avec d'autres à la salle de jeux.	1	2	3	4	5
13. Participer avec entrain «aux mises en commun» réf.: réactions des parents et l'enfant hospitalisé par des questions pertinentes, apport d'idées.	1	2	3	4	5
14. Initie le contact avec l'enfant en présence des parents, verbalement, par le toucher.	1	2	3	4	5
15. Consent à identifier ses propres sentiments lors de ses contacts avec les parents et/ou l'enfant.	1	2	3	4	5
16. Explique aux parents les règlements de l'hôpital.	1	2	3	4	5
17. Organise des activités pour explorer le monde émotif de l'enfant hospitalisé (post-conférence, jeux, histoires).	1	2	3	4	5
18. Consent à analyser ses sentiments et les réactions verbales et non-verbales qu'ils provoquent.	1	2	3	4	5

	pas du tout important				très important
19. Procure des stimulations tactiles et sensorielles à l'enfant (ex.: bercer, chanter, caresser).	1	2	3	4	5
20. Suite à une information donnée, vérifie la compréhension de l'enfant en lui demandant de reformuler l'information verbalement ou par le jeu.	1	2	3	4	5
21. Clarifie les faits concernant un traitement par le jeu ou des explications aux parents et/ou à l'enfant.	1	2	3	4	5
22. Accepte d'identifier et d'analyser à travers ses interactions verbales et non-verbales les éléments qui traduisent qu'elle accepte l'enfant et/ou les parents.	1	2	3	4	5
23. Se présente à l'enfant et aux parents en s'identifiant comme élève.	1	2	3	4	5
24. Accepte d'observer certaines règles élémentaires quand elle communique avec les parents et l'enfant hospitalisé (ex.: reformule le contenu émotif des messages, explore et clarifie les messages transmis).	1	2	3	4	5
25. Cherche à savoir si l'enfant sait pourquoi il est hospitalisé soit par des questions directes à l'enfant et/ou aux parents, soit par le jeu.	1	2	3	4	5
26. Répond aux questions des parents et des enfants si elle le peut.	1	2	3	4	5
27. Demande la permission avant d'utiliser et de déplacer les jouets et/ou les objets personnels de l'enfant.	1	2	3	4	5
28. Utilise des descriptions qui rejoignent le niveau intellectuel de l'enfant.	1	2	3	4	5
29. Etablit des limites à l'enfant (ex. défend de détruire les jouets, défend de se blesser).	1	2	3	4	5

Liste des comportements - Echantillonnage - 4 -

	pas du tout important				très important
1. Avise l'enfant et/ou les parents de l'heure précise de son retour, de ses absences, de sa disponibilité.	1	2	3	4	5
2. Distrait l'enfant d'un stimulus traumatisant par la conversation, un jouet, un exercice de détente, etc.	1	2	3	4	5
3. Relève spontanément des données concernant les réactions de l'enfant via le jeu, les histoires (ex.: évalue les fantaisies, craintes, identifie les aspects qui rebutent l'enfant.	1	2	3	4	5
4. Organise des activités d'information pour un petit groupe homogène d'enfants.	1	2	3	4	5
5. Suggère des moyens de maîtriser le stress.	1	2	3	4	5
6. Ecoute avec attention lorsqu'on aborde le sujet des différentes réactions parentales et des sources d'anxiété chez ceux-ci.	1	2	3	4	5
7. Centre la conversation sur les inquiétudes, les intérêts des parents et de l'enfant hospitalisé.	1	2	3	4	5
8. Poursuit même après les activités d'apprentissage structurées son analyse (réf.: hospitalisation de l'enfant par des conversations, des lectures).	1	2	3	4	5

	pas du tout important				très important
9. Recherche des exemples d'authenticité autour d'elle et en discute spontanément.	1	2	3	4	5
10. Oriente les parents et l'enfant dans l'unité de soins	1	2	3	4	5
11. Exprime verbalement à l'enfant qu'elle comprend ses sentiments de peur ou de colère.	1	2	3	4	5
12. Consulte le professeur clinique ou l'équipe de soins pour établir une priorité dans ses interventions.	1	2	3	4	5
13. Prend le temps de s'asseoir et de jouer avec l'enfant.	1	2	3	4	5
14. Interpelle l'enfant par son prénom.	1	2	3	4	5
15. Décèle les incongruences d'un message sur le plan verbal et non-verbal, à partir d'un film.	1	2	3	4	5
16. Pose des questions aux parents sur la routine, les habitudes de vie de l'enfant.	1	2	3	4	5
17. Spécifie à l'enfant comment il peut participer au traitement (ex.: position, geste, respiration).	1	2	3	4	5
18. Identifie les sentiments sous-jacents aux messages verbaux et non-verbaux, à partir d'un film.	1	2	3	4	5
19. Ecoute avec attention lorsqu'on aborde le sujet des facteurs qui influencent les réactions et comportements de l'enfant hospitalisé.	1	2	3	4	5

	pas du tout important				très important
20. Se documente sur les façons d'améliorer le climat de confiance entre les parents, l'enfant et elle-même.	1	2	3	4	5
21. Utilise un vocabulaire précis, non menaçant, adapté à l'âge de l'enfant.	1	2	3	4	5
22. Justifie auprès des parents la nécessité de préciser l'heure du retour et de leurs visites à l'enfant en terme concret (selon l'âge de l'enfant).	1	2	3	4	5
23. Vérifie avec l'enfant et ses parents les réactions de l'enfant avant et après un traitement.	1	2	3	4	5
24. Stimule les parents à participer aux soins personnels de l'enfant (boire, bain, etc.).	1	2	3	4	5
25. Vérifie avec les parents leur compréhension des instructions avant leur départ (congé de l'enfant).	1	2	3	4	5
26. Lors du départ de l'enfant, remet les feuillets d'explications et/ou les instructions.	1	2	3	4	5
27. Accompagne l'enfant pour les différents traitements ou examens.	1	2	3	4	5
28. Poursuit dans la mesure du possible les apprentissages commencés à la maison (marche, propreté, manger seul).	1	2	3	4	5

22-08-83
lt

APPENDICE J

REPERTOIRE DES OBJECTIFS GENERAUX

ET

OBJECTIFS SPECIFIQUES DU DOMAINE AFFECTIF

Empathie

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
1.0 Réception	
1.1 L'élève perçoit le monde émotif entourant l'hospitalisation de l'enfant.	
1.2 L'élève se sensibilise aux réactions des parents et de l'enfant hospitalisé ainsi qu'aux facteurs qui les entourent.	
1.3 L'élève prête attention au monde émotif de l'enfant hospitalisé et à celui des parents.	... écoute avec attention lorsqu'on aborde a) le sujet des réactions émotives et comportements spécifiques à l'âge de l'enfant hospitalisé b) facteurs qui influencent les réactions et comportements de l'enfant c) les différentes réactions parentales et leurs sources d'anxiété d) les caractéristiques des messages transmis et leurs effets sur le climat socio-émotif entourant l'hospitalisation.

Empathie

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
2.0 Réponse	
2.1 L'élève consent à se centrer sur le monde émotif des parents et de l'enfant hospitalisé.	... exprime à l'enfant qu'elle(il) comprend ses sentiments de peur, de colère.
2.2 L'élève choisit il(elle)-même des interventions qui témoignent de l'empathie envers le vécu des parents de l'enfant hospitalisé.	... reste avec l'enfant après le départ des parents. ... permet à l'enfant de pleurer, de se fâcher. ... utilise le jeu pour identifier les fantaisies, les craintes de l'enfant. ... vérifie la compréhension de l'enfant en lui demandant de reformuler par le jeu ou verbalement. ... réconforte l'enfant après un traitement (verbalement ou non verbalement). ... clarifie avec l'enfant ses émotions, ses craintes par des questions, jeux, histoires.
2.3 L'élève aime faire des efforts pour devenir compréhensif(ve), empathique envers les parents et l'enfant hospitalisé.	aucun objectif retenu

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
3.0 Valorisation	
3.1 L'élève trouve important d'adopter une attitude de compréhension empathique au point de s'en faire un devoir.	aucun objectif retenu
3.2 L'élève manifeste sa préférence à être empathique au point d'y consacrer du temps, de l'énergie.	... décrit aux parents les mécanismes utilisés par l'enfant pour faire face à l'hospitalisation.
3.3 L'élève est convaincu(e) de la valeur aidante de l'empathie dans sa relation auprès des parents et de l'enfant hospitalisé.	aucun objectif retenu

Respect chaleureux

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
1.0 Réception	
1.1 Conscience L'élève prend conscience de l'existence de gestes ou paroles qui témoignent le respect.	
1.2 Volonté de recevoir L'élève accepte d'apprendre les caractéristiques d'une attitude de respect.	
1.3 Attention dirigée L'élève prête attention aux messages relatifs à l'expression du respect chaleureux.	... est attentif aux gestes et paroles qui communiquent un souci pour les sentiments et expériences de l'enfant hospitalisé et de ses parents.

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
2.0 Réponse	
2.1 Assentiment L'élève consent à examiner son comportement relativement à l'attitude de respect chaleureux.	aucun objectif retenu
2.2 Volonté de répondre L'élève s'engage lui-même dans des interactions qui transmettent le respect envers les parents et l'enfant hospitalisé.	... initie le premier contact avec l'enfant en présence des parents (verbalement ou par le toucher). ... crée un climat propice à l'entrevue initiale (durée, endroit). ... pose des questions aux parents sur la routine, les habitudes de vie de l'enfant. ... salue les parents et l'enfant à l'arrivée et au départ. ... interpelle l'enfant par son prénom. ... s'accroupit à la hauteur de l'enfant pour lui parler. ... marche au rythme de l'enfant quand il(elle) l'accompagne. ... s'approche des parents et de l'enfant quand il(elle) leur parle. ... regarde les parents et l'enfant dans les yeux quand il(elle) leur adresse la parole.

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
2.0 **Réponse**	
2.2 (suite)	... invite les parents à rester auprès de leur enfant dans les limites possibles. ... invite les parents à participer aux soins personnels de leur enfant. ... prend l'enfant pour le faire boire ou manger (selon l'âge). ... procure des stimulations sensorielles à l'enfant (bercer, chanter, caresser, etc). ... prend le temps de s'asseoir et/ou jouer avec l'enfant. ... utilise des descriptions qui rejoignent le niveau intellectuel de l'enfant dans les explications. ... fait toucher et explorer le matériel inoffensif ex. stéthoscope. ... manipule, touche l'enfant avec douceur lors des soins et traitements. ... accompagne l'enfant pour différents traitements ou examens. ... attend que l'enfant se calme avant de commencer un traitement. ... utilise le jeu pour faire accepter un traitement à l'enfant.

Respect chaleureux

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
2.0 Réponse	
2.2 (suite)	... parle à l'enfant durant les soins et traitements. ... reste auprès de l'enfant avant et après un traitement.
2.3 Satisfaction à répondre L'élève éprouve de la satisfaction à adopter un comportement qui traduit le respect.	... accueille les parents et l'enfant avec un sourire lors des admissions ou visites.

Respect chaleureux

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
3.0 Valorisation	
3.1 Acceptation d'une valeur L'élève attache de l'importance à témoigner du respect envers les parents et l'enfant hospitalisé.	aucun objectif retenu
3.2 Préférence pour une valeur L'élève privilégie l'attitude de respect chaleureux dans son comportement.	
3.3 Engagement L'élève accorde tellement d'importance à cette attitude qu'il(elle) tente de convaincre les autres à l'adopter.	

Authenticité

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
1.0 Réception	
1.1 L'élève prend conscience des facteurs qui influencent le caractère authentique d'une relation.	
1.2 L'élève se sensibilise à la valeur aidante d'une attitude authentique auprès des parents et de l'enfant hospitalisé.	
1.3 L'élève prête attention aux critères d'authenticité dans un message verbal ou/et non verbal.	... décèle, remarque les incongruences d'un message à partir d'un film ou d'une situation fictive. ... est attentive aux sentiments sous-jacents des messages verbaux et non verbaux.

Authenticité

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
2.0 Réponse	
2.1 L'élève consent à étudier le caractère authentique de sa relation avec les parents et l'enfant hospitalisé.	... consent à identifier ses propres sentiments lors de ses contacts avec les parents et l'enfant. ... consent à analyser ses propres sentiments et les réactions verbales et non-verbales qu'ils engendrent.
2.2 L'élève cherche spontanément à adopter une attitude authentique avec les parents et l'enfant hospitalisé.	... répond aux questions des parents et de l'enfant avec honnêteté. ... exprime ses propres sentiments en temps opportun à l'enfant et aux parents. ... relève des contradictions dans ses propres comportements.
2.3 L'élève éprouve de la satisfaction à être authentique dans sa relation avec les parents et l'enfant hospitalisé.	aucun objectif retenu

Authenticité

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
3.0 Valorisation	
3.1 L'élève accorde de l'importance à être authentique dans sa relation avec les parents et l'enfant hospitalisé.	aucun objectif retenu
3.2 L'élève manifeste sa préférence pour cette attitude dans son comportement quotidien.	
3.3 L'élève attache tellement d'importance à l'authenticité qu'il tente d'influencer les autres.	

Spécificité

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
1.0 Réception	
1.1 L'élève est conscient des qualités de spécificité d'un message.	
1.2 L'élève accepte d'apprendre les critères de spécificité dans une communication.	
1.3 L'élève porte une attention particulière au caractère "spécifique" des communications.	... distingue les éléments d'un message verbal et non verbal qui sont clairs, précis, concrets spécifiques.

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
2.0 Réponse	
2.1 L'élève répond à l'invitation d'adopter une attitude de spécificité dans ses interactions avec les parents et l'enfant hospitalisé.	
2.2 L'élève utilise de lui-même des paroles et/ou des gestes qui sont "spécifiques".	... se présente à l'enfant et aux parents en s'identifiant comme élève. ... pose des questions adaptées à l'âge de l'enfant. ... oriente les parents et l'enfant dans l'unité de soins. ... établit des limites avec l'enfant (ex. ne pas blesser autrui). ... avise au préalable l'enfant qu'il aura un traitement. ... utilise un vocabulaire non menaçant dans les explications. ... spécifie à l'enfant comment il peut participer au traitement (position, geste, respiration, etc.).
2.3 L'élève éprouve de la satisfaction à poser des gestes ou à parler de façon à être spécifique.	... explique avec courtoisie aux parents et à l'enfant la routine de l'admission.

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
3.0 Valorisation	
3.1 L'élève accorde de l'importance à l'attitude de spécificité au point de s'en faire un devoir.	aucun objectif retenu
3.2 L'élève privilégie l'attitude de spécificité dans ses interactions quotidiennes.	
3.3 L'élève est tellement convaincue de la valeur de cette attitude qu'il(elle) cherche à provoquer cette attitude chez autrui.	

APPENDICE K

INSTRUMENT DE MESURE

CATEGORIE 2.1

PREMIERE FORME

Cet inventaire ne sera pas retenu pour votre évaluation. Cependant, il peut nous permettre de voir où vous en êtes dans votre démarche comme groupe. C'est confidentiel et anonyme. Inscrivez la fréquence de votre comportement dans la colonne qui le décrit le mieux.

	Jamais	Occasionnellement	Souvent	Toujours	Impossible de répondre
1. Si on me demande de recueillir des données sur les réactions émotives des enfants hospitalisés et de leurs parents, je le fais ...					
2. Si on me demande de faire des lectures sur l'enfant malade et ses réactions face à l'hospitalisation, je le fais ...					
3. Quand le professeur me demande de faire de la reformulation dans mes échanges, je le fais ...					
4. Si on me suggère de clarifier mes messages, je le fais ...					
5. Quand on exige de moi d'analyser le contenu et la forme de mes interactions verbales et non-verbales avec les enfants et les parents, je le fais ...					
6. Quand on me demande de prendre un enfant pour le faire boire et/ou manger, je le fais ...					

	Jamais	Occasionnellement	Souvent	Toujours	Impossible de répondre
7. Quand on me demande de rester auprès d'un enfant durant un examen et/ou traitement, je le fais ...					
8. Si on me suggère d'isoler un enfant pour ses traitements et/ou soins personnels, je le fais ...					
9. Si on exige que j'avise l'enfant qu'il aura un traitement, je le fais ...					
10. Quand les règles exigent que je remette un feuillet d'explications concernant le séjour de l'enfant, je le fais ...					
11. Si le professeur me demande d'identifier mes propres sentiments vis-à-vis des parents et de l'enfant, je le fais ...					

	Jamais	Occasionnellement	Souvent	Toujours	Impossible de répondre
12. Si le professeur me demande d'analyser mes sentiments et les réactions verbales et non-verbales qu'ils provoquent, je le fais ...					
13. Quand on me demande d'examiner le contenu de mes échanges selon le critère de "spécificité" (termes clairs, précis, concrets), je le fais ...					

APPENDICE L

INSTRUMENT DE MESURE

CATEGORIE 2.2

PREMIERE FORME

Ce document est confidentiel et sera traité de façon anonyme. Identifiez la fréquence de votre comportement pour chaque item décrit en inscrivant un crochet dans la colonne appropriée.

Sans qu'on me le demande ...

	Jamais	Occasionnellement	Souvent	Toujours	Impossible de répondre
1. Je relève des données concernant les réactions de l'enfant par le jeu ou les histoires.					
2. Je remets en question ma façon de transmettre les messages.					
3. Je pose des questions aux parents sur la routine, les habitudes de vie de l'enfant.					
4. Je centre la conversation sur les inquiétudes, les intérêts des parents et de l'enfant hospitalisé.					
5. Je vérifie avec l'enfant et ses parents les réactions de l'enfant avant et après un traitement.					
6. Je cherche en recueillant mes données si l'enfant a déjà eu des expériences antérieures avec le monde médical.					
7. Je cherche à savoir si l'enfant sait pourquoi il est hospitalisé (questions, jeu).					
8. J'encourage l'enfant à identifier clairement ses émotions et ses craintes (jeu, histoires, questions).					
9. Je clarifie les faits concernant un traitement (jeu, explications).					
10. Je vérifie la compréhension de l'enfant suite à une information qu'il a reçue (reformulation, jeu).					

Sans qu'on me le demande ...

	Jamais	Occasionnellement	Souvent	Toujours	Impossible de répondre
11. Je stimule les parents à exprimer leurs sentiments envers l'hospitalisation de leur enfant.					
12. J'évalue le potentiel de résistance d'un enfant à partir d'indices verbaux et non-verbaux.					
13. J'exprime à l'enfant que je comprends ses sentiments de peur ou de colère.					
14. Je réponds aux questions des parents et de l'enfant quand je peux.					
15. J'initie le contact avec l'enfant en présence des parents (verbalement, tactilement).					
16. Je demande aux parents d'apporter des objets familiers, photos, jouets préférés.					
17. Je salue l'enfant à mon arrivée et à mon départ.					
18. J'interpelle l'enfant par son prénom.					
19. Je berce, chante, caresse l'enfant.					
20. J'offre mes services à l'enfant avant de l'aider pour ses soins personnels.					

Sans qu'on me le demande ...

	Jamais	Occasionnellement	Souvent	Toujours	Impossible de répondre
21. Je demande la permission avant d'utiliser et de déplacer les jouets ou objets personnels de l'enfant.					
22. Je demande la permission à l'enfant avant de m'asseoir avec lui.					
23. Je prends le temps de m'asseoir et de jouer avec l'enfant.					
24. J'informe au préalable l'enfant qu'il aura un traitement.					
25. Je m'informe sur les connaissances de l'enfant sur le sujet avant de le renseigner (traitement, soins).					
26. J'utilise des descriptions qui rejoignent le niveau intellectuel de l'enfant dans mes explications.					
27. Je parle à l'enfant durant un traitement ou des soins et le touche avec douceur.					
28. Je permets à l'enfant de pleurer et tente de le consoler (verbalement ou en le prenant).					
29. Je choisis des jouets appropriés au goût, développement de l'enfant.					
30. J'accompagne l'enfant pour les différents traitements ou examens.					

Sans qu'on me le dise ...

	Jamais	Occasionnellement	Souvent	Toujours	Impossible de répondre
31. Je planifie d'avance ce que je dirai à l'enfant ou fera avec lui pour le rassurer.					
32. Je dis à l'enfant qu'il retournera à la maison (si c'est vrai).					
33. Je distrais l'enfant d'un stimulus traumatisant (conversation, jouet, détente).					
34. Je suggère à l'enfant des moyens de maîtriser le stress.					
35. Je reste avec l'enfant après le départ des parents.					
36. J'établis des limites à l'enfant ex. défend de détruire les jouets, de se blesser.					
37. J'invite les parents à participer aux soins personnels de l'enfant (bain, boire).					
38. Je regarde l'enfant et les parents dans les yeux quand je leur adresse la parole.					
39. Je m'accroupis à la hauteur de l'enfant quand je lui parle.					
40. Je marche au rythme de l'enfant quand je l'accompagne.					

Sans qu'on me le dise ...

	Jamais	Occasionnellement	Souvent	Toujours	Impossible de répondre
41. J'amène l'enfant à interagir avec d'autres enfants à la salle de jeux.					
42. J'invente des jeux avec le matériel disponible.					
43. J'utilise des poupées-mannequins, des silhouettes corporelles, le dessin comme moyen d'enseignement à l'enfant.					
44. Je saisis les contradictions dans mes comportements verbaux et non-verbaux.					
45. Je réponds aux questions de l'enfant et celles des parents avec honnêteté.					
46. Je fais des promesses à l'enfant si et seulement si elles sont réalisables.					
47. Je pose des questions précises, en nombre limités et adaptés à l'âge de l'enfant.					
48. J'explique aux parents les règlements de l'hôpital.					
49. Je me présente aux parents et à l'enfant en m'identifiant comme étudiante.					
50. J'avise l'enfant et les parents de l'heure précise de mon retour, de mes absences, de ma disponibilité.					

Sans qu'on me le dise ...

	Jamais	Occasionnellement	Souvent	Toujours	Impossible de répondre
51. J'oriente les parents et l'enfant à l'unité de soins.					
52. Je précise à l'enfant comment il participe au traitement (position, geste, respiration).					
53. J'utilise un vocabulaire précis, non menaçant, adapté à l'âge de l'enfant.					
54. Je vérifie avec les parents leur compréhension des instructions avant le congé de l'enfant.					
55. Au départ de l'enfant, je remets les feuillets d'explication et/ou les instructions.					
56. Je poursuis dans la mesure du possible les apprentissages commencés à la maison (marche, propreté, etc.).					
57. Je prends l'enfant pour le faire boire ou manger.					
58. Je reste auprès de l'enfant durant et après un traitement.					
59. J'isole l'enfant pour ses soins personnels ou un traitement.					
60. J'avise l'enfant qu'il aura un traitement.					

APPENDICE M

INSTRUMENT DE MESURE

CATEGORIE 2.3

PREMIERE FORME

On aimerait déterminer quelle satisfaction vous apporte les comportements suivants. Il n'y a pas de mauvaise ou de bonne réponse. Faites un crochet dans la colonne qui correspond à ce que vous éprouvez.

	J'aime le faire	Je le fais mais sans intérêt	Je n'aime pas le faire	Impossible de répondre
1. Discuter des réactions émotives de l'enfant hospitalisé et de ses parents lors des mises en commun (pré ou post-clinique).				
2. Apporter des idées ou poser des questions sur le vécu émotif de l'enfant hospitalisé.				
3. Faire des lectures autres qu'obligatoires sur l'hospitalisation de l'enfant.				
4. Rencontrer les parents à l'admission de l'enfant.				
5. Accueillir l'enfant à son admission à l'hôpital.				

APPENDICE N

INSTRUMENT DE MESURE

CATEGORIE 3.0

PREMIERE FORME

On aimerait que vous donniez un aperçu de votre participation à la vie de l'unité de soins. Répondez avec le plus d'honnêteté possible et rappelez-vous qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Les données cumulées seront traitées de façon confidentielle et anonyme.

Il m'arrive de

1. ... faire participer les parents à explorer le monde émotif de leur enfant hospitalisé.

2. ... persuader le personnel pour qu'il explore le monde émotif de l'enfant.

3. ... organiser des activités pour explorer le monde émotif de l'enfant (conférence d'équipe, jeux collectifs).

4. ... essayer de convaincre le personnel et/ou mes compagnes de la nécessité de sécuriser l'enfant.

5. ... persuader les parents de rester auprès de leur enfant (dans les limites du possible).

Toujours	Souvent	Occasionnellement	Jamais	Impossible de répondre

Il m'arrive de

	Toujours	Souvent	Occasionnellement	Jamais	Impossible de répondre
6. ... organiser des activités récréatives centrées sur les intérêts et possibilités de l'enfant hospitalisé.					
7. ... organiser des activités d'information au sujet d'un traitement pour un petit groupe d'enfants.					
8. ... persuader le personnel, mes compagnes et/ou les parents pour qu'ils expriment leurs sentiments réels face à l'enfant.					

REFERENCES

[1] Nerée Bujold, "Les effets sur le rendement par la communication d'objectifs affectifs exprimés sous forme de comportements observables." (Thèse de maîtrise. Sciences de l'éducation, Université Laval, 1979), p. 2.

[2] Techniques infirmières, "Une démarche locale d'analyse du programme d'enseignement." (Collège de Sherbrooke, 1979), p. 10.

[3] Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Hypothèse de cadre conceptuel en nursing. (Montréal: O.I.I.Q., septembre 1980), p. 73.

[4] Gouvernement du Québec. Ministère de l'éducation. Suivi du projet d'expérimentation du programme de formation en soins infirmiers. Bulletin no. 4 (Juin 1982), p. 22.

[5] Donna C. Aguilera et Janice M. Messick, Intervention en situation de crise 2e éd. (Toronto: Mosby, 1976), p. 2.

[6] Madeline Patrillo et Sirgay Sanger, Nursing psycho-social en pédiatrie, traduit par J. Bourget-Huel. (Montréal: HRW, 1976), p. 2.

[7] Dennis R. Klinzing and Dene G. Klinzing, The Hospitalized Child. Communication Techniques for Health Personnel. (Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1977), p. 7.

[8] Margot Phaneuf, "La préparation de l'étudiante à la relation infirmière-client par la perception de soi médiatisée par rétroaction" dans Rapport: Colloque des Techniques infirmières, Deuxième partie. (2 au 5 juin 1980), p. 151.

[9] Idem, "La communication et la relation d'aide, éléments de compétence de l'infirmière", Nursing Québec, vol. 2. (Janvier-février 1982), p. 14.

[10] Gouvernement du Québec. Ministère de l'éducation. La formation professionnelle des jeunes au Québec. (25 septembre 1980), p. 11.

[11] Bujold, p. 14.

[12] Gouvernement du Québec. Ministère de l'éducation. Direction de l'enseignement catholique, Répertoire d'objectifs en animation pastorale pour les élèves du cours secondaire. (Juin 1982).

[13] Richard Girard et coll., Mesure fondée sur les objectifs. Faculté des sciences de l'éducation. Département de mesure et évaluation. (Québec: P.U.L., 1980) p. 307.

[14] Raoul Jambe et Paule Masai-Perl, L'éducation de l'affectivité. (Paris: Fernand Nathan, 1975), p. 16.

[15] Girard, p. 307.

[16] Dominique Morissette, "Un modèle pour les objectifs pédagogiques", Mesure et évaluation en éducation, vol. 5. (Septembre 1982), p. 120.

[17] Ibid.

[18] Ibid.

[19] Ibid., p. 121.

[20] Girard, p. 260.

[21] Morissette, p. 122.

[22] Ibid., p. 123.

[23] Ibid.

[24] Girard, p. 266.

[25] Dominique Morissette, Les examens de rendement scolaire. (Québec: P.U.L., 1979), p. 17.

[26] Morissette, "Un modèle pour les objectifs pédagogiques", p. 123.

[27] Ibid., p. 124.

[28] Morissette, Les examens, p. 21.

[29] Ibid., pp. 21-22.

[30] Ibid, p. 22

[31] Albert F. Eiss and Mary Blatt Harbeck, Behavioral Objectives in the Affective Domain. (Washington: National Science Association, 1969), p. 9.

[32] Nérée Bujold, "La formation dans le domaine affectif". (Document de travail. Service de pédagogie universitaire: P.U.L., 1982), p. 4.

[33] Arnaud F. Wittig, Introduction à la psychologie, Série Schaum. (Montréal: McGraw-Hill, 1980), p. 304.

[34] M. Rokeach, Beliefs, Attitudes and Values, cité par Lawrence S. Wrigthsman dans Social Psychology 2nd ed. (Belmont: Wardsworth, 1977), p. 217.

[35] Michel Rainville, Manuel pratique de formation à l'approche de Kohlberg. (1979), p. 33.

[36] Wittig, p. 304 et Wrightsman, p. 219.

[37] Gilbert DeLandsheere, Dictionnaire de l'évaluation et de la recherche en éducation. (Paris: P.U.F., 1979), p. 53.

[38] Wittig, p. 304.

[39] Richard E. Petty and John T. Cacioppo, Attitudes and Persuasion: Classic and Contemporary Approaches. (Dubuque: W.M.C. Brown, 1981), p. 7; Arthur W. Staats, Human Learning. (Toronto: HRW, 1964), p. 296; De Landsheere, p. 22; Wittig, p. 304.

[40] Jambe, p. 19; David R. Krathwohl, Benjamin S. Bloom et Bertram B. Masia, Taxonomie des objectifs pédagogiques, Tome 2: domaine affectif, traduit par Marcel Lavallée (Montréal: Education nouvelle, 1970), p. 32.

[41] Loi sur les infirmières et les infirmiers, (L.R. 1977, c. 1-8, art. 36 et 37).

[42] Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Hypothèse de cadre conceptuel en nursing. (Montréal: O.I.I.Q., sept. 1980), p. 70.

[43] Ibid., Philosophie de l'éducation en nursing au Québec. (Montréal: O.I.I.Q., décembre 1976), p. 8.

[44] Ibid., L'évaluation de la compétence professionnelle de l'infirmière et de l'infirmier au Québec, Tome 3: Normes et critères de compétence pour les infirmières et infirmiers en soins de courte durée. (Montréal: O.I.I.Q., novembre 1982), p. 11.

[45] Ibid., p. 28.

[46] Lucien Auger, Communication et épanouissement personnel. La relation d'aide. (Montréal: Ed. de l'homme, 1972), p. 32.

[47] Ibid., p. 39.

[48] Ibid., p. 50.

[49] Ibid., p. 61.

[50] Ibid., p. 68

[51] Gouvernement du Québec, Ministère de l'éducation, Suivi du projet d'expérimentation du programme de formation en soins infirmiers au niveau collégial. Bulletin no. 4 juin 1982, p. 2.

[52] Gouvernement du Québec. Ministère de l'Education. Cahier de l'enseignement collégial 1983-84, Cahier no. 2, p. 2-144.

[53] Petrillo, p. I; Klinzing and Klinzing, p. 13; Dorothy R. Marlowe, L'infirmière et l'enfant, 2e éd. traduit par N. David et C.A. Leclerc. (Montréal: HRW), p. 59.

[54] Marlowe, p. 59.

[55] Ibid., pp. 59-60.

[56] Klinzing and Klinzing, pp. 4-7.

[57] James Robertson, Jeunes enfants à l'hôpital, trad. par M. Botton et A. Mignard. (Paris: Centurion, 1972), p. 23-29.

[58] Klinzing, p. 4.

[59] Petrillo, p. 7.

[60] Ibid., p. 11.

[61] Klinzing, p. 7.

[62] Ibid., p. 16.

[63] Ibid., p. 24.

[64] Ibid., pp. 50-60.

[65] Cécile Allard, "Effets des comportements de substitut maternel lors de l'alimentation des enfants asthmatiques hospitalisés âgés de 13 à 24 mois". (Mémoire de maîtrise. Faculté de nursing. Université de Montréal, 1973), p. 5.

[66] Ibid., pp. 12-13.

[67] Ibid., p. VII.

[68] Ibid., p. 17.

[69] Lawrence Schwartz and Jane L. Schwartz, The Psychodynamics of Patient Care. (Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1972), p. 131.

[70] Mary Scahill, "Preparing Children for Procedures and Operations" Ch. 31 pp. 205-211 in Nursing in the Seventies ed. by Anne Roe and Mary Sherwood. (Toronto: Wiley, 1973), p. 207.

[71] Krathwohl, p. 32.

[72] Jambe, p. 19.

[73] Ibid., p. 21.

[74] Krathwohl, p. 41.

[75] Claude St-Cyr, "Etude des caractéristiques spécifiques aux activités d'apprentissage visant la modification des attitudes chez les élèves de niveau secondaire". (Mémoire de maîtrise en éducation. Université du Québec à Trois-Rivières, 1983), p. 5.

[76] Ibid., p. 13.

[77] Krathwohl, p. 203.

[78] Ibid., p. 208.

[79] Ibid., p. 158.

[80] Ibid., p. 211.

[81] Ibid., p. 213.

[82] Jerry Pocztar, La définition des objectifs pédagogiques. (Paris: ESF, 1979), p. 98.

[83] Marie-Thérèse Boisvert, "L'évaluation sur le plan affectif" Mesure et évaluation en éducation, vol. 4 (Mars 1981), p. 51.

[84] Ibid., p. 424.

[85] Ibid., p. 323.

[86] Ibid., p. 427.

[87] Ibid., p. 435.

[88] Ibid., p. 461.

[89] Boisvert, "L'évaluation", pp. 49-50.

[90] Walter R. Borg and Meredith D. Gall, Educational Resarch an Introduction 4th ed. (NewYork: Longman, 1983), p. 483.

[91] D.G.E.C., Bulletin no , p.

[92] O.I.I.Q., Philosophie de l'éducation, p. 8.

[93] O.I.I.Q., Normes et critères, p. 28.

[94] Pocztar, p. 96.

[95] Girard, La mesure, p. 266.

[96] Ibid.

[97] Ibid., p. 461.

[98] Ibid., p. 253.

[99] Bujold, "La formation", p. 29.

[100] Ibid.

[101] Faye G. Abdellah and Eugene Levine, Better Patient Care Through Nursing Research. (London: MacMillan, 1965), pp. 245-246.

[102] Jambe, pp. 55-108; Krathwohl, pp. 109-174; Marcel Lavallée, "Etude préliminaire du problème de la mesure des dispositions affectives des élèves de l'école primaire à l'égard de la lecture", GREC, bulletin no. 14 (Janvier 1979), pp. 3-17.

[103] Bujold, "La formation", p. 56.

[104] Bujold, "Les effets", p. 57.

[105] Morissette, "Un modèle", p. 126.

[106] Ibid.

[107] Marlene Kramer, "The Concept of Modeling as a Teaching Strategy" Nursing Forum, vol. 11 (January 1972), p. 57.

[108] J. J. Bernier, D. Morissette et C. Valiquette, "Problèmes psychométriques, statistiques et psychologiques de la mesure du gain" Monographies en mesure et évaluation, vol. 2 no 1 (Département de mesure et évaluation, Faculté des sciences de l'éducation: Université Laval, mars 1983), p. 35.

[109] Ibid.

[110] Ibid.

[111] Borg and Gall, p. 475.

[112] Bujold, "Les effets", p. 57.

BIBLIOGRAPHIE

Volumes

Abdellah, Faye G. and Levine, Eugene. Better Patient Care Through Nursing Research. London: MacMillan, 1965.

Aguilera, Donna C. et Messick, Janice M. Intervention en situation de crise, 2e éd. Toronto: Mosby, 1976.

Auger, Lucien. Communication et épanouissement personnel. La relation d'aide. Montréal: Éd. de l'homme, 1972.

Borg, Walter R. and Gall, Meredith D. Educational Research an Introduction 4 th ed. New York: Longman, 1983.

De Landsheere, Gilbert. Dictionnaire de l'évaluation et de la recherche en éducation. Paris: P.U.F., 1979.

Eiss, Albert F. and Harbeck, Mary Blatt. Behavioral Objectives in the Affective Domain. Washington: National Science Association, 1969.

Girard, Richard et coll. Mesure fondée sur les objectifs. Faculté des sciences de l'éducation. Département de mesure et évaluation. Québec: P.U.L., 1980.

Jambe, Raoul et Masai-Perl, Paule. L'éducation de l'affectivité. Paris: Fernand Nathan, 1975.

Klinzing, Dennis R. and Klinzing, Dene G. The Hospitalized Child. Communication Techniques for Health Personnel. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1977.

Krathwohl, David R., Bloom, Benjamin S. and Masia, Bertram M. Taxonomie des objectifs pédagogiques. Tome 2: domaine affectif. Traduction de Marcel Lavallée. Montréal: Éducation nouvelle, 1970.

Marlowe, Dorothy R. L'infirmière et l'enfant, 2e éd. Traduction de M. David et C. A. Leclerc. Montréal: H.R.W., 1976.

Morissette, Dominique. Les examens de rendement scolaire. Québec: P.U.L., 1979.

Petrillo, Madeline et Sanger, Sirgay. Nursing psycho-social en pédiatrie. Traduction de J. Bourget-Huel. Montréal: H.R.W., 1976.

Petty, Richard E. and Cacioppo, John T. Attitudes and Persuasion: Classic and Contemporary Approaches. Dubuque: W.M.C. Brown, 1981.

Pocztar, Jerry. La définition des objectifs pédagogiques. Paris: E.S.F., 1979.

Rainville, Michel. Manuel pratique de formation à l'approche de Kohlberg. 1979.

Robertson, James. Jeunes enfants à l'hôpital. Traduction de M. Botton et A. Mignard. Paris: Centurion, 1972.

Scahill, Mary. "Preparing Children for Procedures and Operations". Ch. 31 in Nursing in the Seventies. Ed. Roe, Anne and Sherwood, Mary. Toronto: Wiley, 1973.

Schwartz, Lawrence and Schwartz, Jane L. The Psycho-dynamics of Patient Care. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1972.

Staats, Arthur W. Human Learning. Toronto: H.R.W., 1964.

Wittig, Arnaud F. Introduction à la psychologie. Série Schaum. Montréal: McGraw Hill, 1980.

Wrigtshsman, Lawrence S. Social Psychology 2nd éd. Belmont: Wadsworth, 1977.

Périodiques

Boisvert, Marie-Thérèse. "L'évaluation sur le plan affectif". Mesure et évaluation en éducation. Vol. 4, Mars 1981, pp. 46-51.

Kramer, Marlene. "The Concept of Modeling as a Teaching Strategy". Nursing Forum. vol. 11. January 1972, pp. 48-72.

Morissette, Dominique. "Un modèle pour les objectifs pédagogiques". Mesure et évaluation en éducation. Vol. 5, Septembre 1982, pp. 120-128.

Phaneuf, Margot. "La communication et la relation d'aide". Nursing Québec. Vol. 2, Janvier-février 1982, pp. 14-17.

Mémoires, thèses

Allard, Cécile. "Effets des comportements de substitut maternel lors de l'alimentation des enfants asthmatiques hospitalisés âgés de 13 à 24 mois". Mémoire de maîtrise: Faculté de nursing, Université de Montréal, 1973.

Bujold, Nérée. "Les effets sur le rendement par la communication d'objectifs affectifs exprimés sous forme de comportements observables". Thèse de maîtrise: Sciences de l'éducation, Université Laval, 1979.

Saint-Cyr, Claude. "Etude des caractéristiques spécifiques aux activités d'apprentissage visant la modification des attitudes chez les élèves de niveau secondaire". Mémoire de maîtrise en éducation: Université du Québec à Trois-Rivières, 1983.

Rapports

Gouvernement du Québec, Ministère de l'Education. Phaneuf, Margot. "La préparation de l'étudiante à la relation infirmière-client par la perception de soi médiatisée par rétroaction". Rapport: Colloque des techniques infirmières. Deuxième partie. 2 au 5 juin 1980.

————. La formation professionnelle des jeunes au Québec. 25 septembre 1980.

————. Direction de l'enseignement catholique. Répertoires d'objectifs en animation pastorale pour les élèves du cours secondaire. Juin 1982.

————. Suivi du projet d'expérimentation du programme en soins infirmiers. Bulletin no. 4. Juin 1982.

————. Cahier de l'enseignement collégial 1983-84. Cahier no 2.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Philosophie de l'éducation en nursing au Québec. Montréal: O.I.I.Q., 1976.

————. Hypothèse de cadre conceptuel en nursing. Montréal: O.I.I.Q., 1980.

————. L'évaluation de la compétence professionnelle de l'infirmière et de l'infirmier au Québec. Tome 3: Normes et critères de compétence pour les infirmières et infirmiers en soins de courte durée. Montréal: O.I.I.Q., novembre 1982.

Techniques infirmières. Une démarche locale d'analyse du programme d'enseignement. Sherbrooke: Collège de Sherbrooke, 1979.

Document public

Gouvernement du Québec. Loi sur les infirmières et infirmiers. Québec: Editeur officiel du Québec, 1977.

Autres

Bernier, J. J., Morissette, D. et Valiquette, C. "Problèmes psychométrique, statistiques et psychologiques de la mesure du gain". Monographies en mesure et évaluation, vol. 2 no. 1. Département de mesure et évaluation. Faculté des sciences de l'éducation. Université Laval, mars 1983.

Bujold, Nérée. "La formation dans le domaine affectif". Document de travail. Service de pédagogie universitaire: P.U.L., 1982.

Lavallée, Marcel. "Etude préliminaire du problème de la mesure des dispositions affectives des élèves de l'école primaire à l'égard de la lecture". GREC, Bulletin no. 14. Janvier 1979.

jm